
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
**Spondylites
mélitococciques**

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 19 décembre 1935

PAR

JEAN TALAYRACH

Ancien interne des Hôpitaux de Perpignan

Né le 6 novembre 1908 à Pézilla-la-Rivière (Pyr.-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examineurs
de la thèse**

MM. VIRES, professeur, président.
ETIENNE, professeur.
COLL DE CARRERA, agr.
AIMES, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES SPONDYLITES MELITOCOCCIQUES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
**Spondylites
mélitococciques**

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 19 décembre 1935

PAR

JEAN TALAYRACH

Ancien interne des Hôpitaux de Perpignan

Né le 6 novembre 1908 à Pézilla-la-Rivière (Pyr.-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. VIRES, professeur, président.
ETIENNE, professeur.
COLL DE CARRERA, agr.
AIMES, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

MM.

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTI
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, <i>assesseur.</i>
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.
Pathologie externe	PAGES
Médecine opératoire	AIMES
Accouchements	SOUBEIRAN <i>ag. libre</i>
Clinique phthisiologique	COLL DE CARRERA
Clinique propédeutique médicale	GAUSSEL, <i>prof.</i>
Clinique des maladies contagieuses	BOULET
Stomatologie	JANBON
	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	MM.
	BOULET	AIMES
	PAGES	MOURGUE-MOLINES.
	JANBON	GUIBAL
	BAUMEL	ROUX
	VIDAL	COLL DE CARRERA
		CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. VIRES, professeur, <i>prési</i>	MM. COLL DE CARRERA, <i>agr.</i>
ETIENNE, professeur.	AIMES, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Médecin-major des troupes coloniales

A MA MERE

Faible hommage de mon amour filial.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MON ONCLE LE DOCTEUR SURJUS

Chirurgien chef de l'Hôpital de Perpignan

Qu'il trouve ici l'expression de mon affection.

J. T.

AU DOCTEUR RENE PUIG

*Ancien chef de clinique médicale des Hôpitaux de Lyon
Médecin de l'Hôpital de Perpignan*

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements bien sincères pour la confiance qu'il nous a accordée en nous confiant la rédaction de ce sujet, ainsi qu'un hommage de profond respect et de vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

MEIS ET AMICIS

J. T.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

Professeur de Clinique médicale

En l'assurant de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de chirurgie infantile

En témoignage de notre respectueux souvenir pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COLL DE CARRERA

Professeur agrégé d'obstétrique

Faible hommage de reconnaissance pour l'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner qu'il trouve ici un remerciement sincère et profond pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

Professeur de clinique propédeutique chirurgicale

Hommage respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA SPONDYLITE MELITOCOCCIQUE

INTRODUCTION

La fièvre de Malte, encore appelée fièvre ondulante existe à l'état endémique dans l'île de Malte, en Sicile, en Italie méridionale, en Crète, à Chypre, à Constantinople, à Gibraltar, en Tunisie et dans le Midi de la France. Il semble qu'elle soit de nos jours en progrès, car on la voit sévir dans la région parisienne, les pays scandinaves, en Allemagne, dans les pays anglo-saxons et même en Amérique où Miss Alice EVANS l'a particulièrement étudiée.

De tous temps les auteurs ont signalé en dehors des caractères épidémiologiques la prédominance de quelques symptômes dont trois acquièrent une valeur importante au point de vue diagnostic: le caractère ondulant de la fièvre, les sueurs et les douleurs.

La courbe thermique décrit des oscillations successives de 15 à 20 jours, entre lesquelles la température descend progressivement à la normale.

Les sueurs sont profuses et répandent une odeur particulière qualifiée diversement par les auteurs.

Enfin les douleurs, inconstantes, se présentent, lorsqu'elles existent, sous forme de douleurs névralgiques dans les sciatiques surtout et d'autres fois sous forme de douleurs articulaires. Ces douleurs ont toujours été signalées par les

anciens auteurs qui ont insisté notamment sur les longues périodes douloureuses sacro-coxales ou lombaires.

Dans ces dernières années, la réalisation de l'examen radiographique permet d'isoler et d'identifier une spondylite, une ostéo-arthrite sans aucun doute d'origine melitococcique.

BROULT, CAPELLINI, EYRE, JOBARD, Mlle MARTIN, PIERI, ZEZAS et d'autres ont cité des cas d'ostéo-arthrite à Méliten-sis.

L'Ecole montpelliéraine s'est intéressé à la question:

CANTALOUBE en 1909 publie une statistique basée sur 200 cas d'où il ressort que l'atteinte articulaire se manifeste dans un tiers des cas au niveau de l'interligne sacro-iliaque; dans 1/4 des cas au niveau des genoux; une fois sur six au niveau des épaules et en quatrième lieu au niveau des vertèbres lombaires.

DUBOIS, chef du service vétérinaire du Gard, écrit en 1910 dans une « Etude sur la Fièvre de Malte dans le Gard »: « On a pu rencontrer une chèvre, affectée d'une boiterie intense et qui présentait seulement une très vive douleur à la pression de la main sur le dos et les reins, sans altérations visibles de ces régions. » Dans son étude, DUBOIS attire l'attention sur une boiterie de la chèvre melitococcique due à une arthrite et surtout à des synovites des membres.

LAVENTURE en 1923 dans sa thèse sur les déterminations articulaires de la Fièvre de Malte indique que « les déterminations articulaires sont de règle ». Il signale toutes les formes d'arthrite.

Il faut arriver en 1926 pour voir la première étude vraiment importante de la spondylite mélitococcique.

MONTAGNE dans sa thèse sur les « Spondylites infectieuses et spondylites de croissance » (Montpellier, 1926), décrit

succinctement cette spondylite et il s'en rapporte aux données du Professeur H. ROGER, de Marseille.

Le Professeur H. ROGER, en effet, dans la thèse de M^{me} Marcelle MARTIN (Paris, 1926), réunit cinq cas; il en fait une étude très consciencieuse et approfondie. Ce travail est particulièrement intéressant. Nous aurons l'occasion d'y revenir à propos de l'étude critique des différents chapitres pour marquer ce en quoi nous sommes d'accord et ce en quoi nous nous séparons de lui. D'ores et déjà, il semble qu'il n'accorde pas assez d'importance au mélitocoque.

En 1931, MM. BOTREAU et HUARD, dans les « Bulletins et Mémoires de la Soc. Nationale de Chirurgie », rapportent un cas de spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococciques avec abcès fessier bilatéraux ayant simulé des abcès froids ossifluents. Il s'agit d'un jeune soldat de 21 ans, présentant des séro-diagnostic positifs pour le para B et le mélitocoque. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Ici, la tuberculose est éliminée; mais quelle part revient aux para B et au Mélitocoque dans l'origine de cette spondylite? Les auteurs voient ici un cas d'association de paratyphoïde B et de mélitococcie: paratyphoïde guérie bien avant la mélitococcie. La fièvre de Malte serait cause de la spondylite.

Dernièrement le Professeur RIMBAUD dans la thèse de son élève MARTIN, rapporte un cas qu'il a déjà publié avec le Professeur LAMARQUE à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (Séance du 26 mai 33). Il met particulièrement en évidence le rôle du mélitocoque et après une série de preuves par lesquelles il montre l'importance des lésions osseuses, le Professeur RIMBAUD, à l'encontre du Professeur ROGER, est nettement affirmatif et « accepte sans arrière-pensée l'origine mélitococcique des lésions osseuses vertébra-

les présentées par ses malades ». Allant plus loin, il insiste sur l'analogie de ces lésions et celles provoquées par le bacille de Koch et propose pour elles le nom de « Mal de Pott mélitococcique ».

Dernièrement, ABRIAL, de Lyon, dans sa thèse sur les « Formes chirurgicales ostéo-articulaires de la fièvre ondulante » fait un exposé très clair et très complet des spondylites mélitococciques. Il s'en rapporte d'ailleurs aux idées émises.

A Perpignan, depuis ces dernières années, le docteur R. PUIG a réuni dans son service de l'Hôpital civil, cinq cas personnels d'ostéo-arthrite mélitococcique qu'il a eu l'extrême obligeance de nous confier et que nous reproduisons plus loin. Fermement convaincu de l'origine mélitococcique de ces lésions, nous sommes avec lui tout à fait de l'avis du Professeur RIMBAUD sur cette origine et sa ressemblance avec le Mal de Pott. Mais pourquoi appeler cette ostéo-arthrite: Mal de Pott mélitococcique? Il faudrait parler de Maux de Pott typhiques, staphylococciques, streptococciques, etc.... Un Mal de Pott désigne la tuberculose vertébrale comme la maladie d'Addison ou de Bouillaud, désignent des affections bien individualisées. Il est évident que les lésions vertébrales aiguës ou subaiguës posent avant tout le diagnostic de Mal de Pott. Il est très important d'avoir souligné la ressemblance que la spondylite mélitococcique peut avoir avec le Mal de Pott, mais il paraît inutile d'amorcer une nouvelle nomenclature; il suffit qu'on ait parlé avec le professeur ROGER de « faux Maux de Pott d'origine mélitococcique ».

MONTAGNE, dans sa thèse sur les spondylites, donne de ces atteintes la définition suivante:

« Spondylite: Toute inflammation subaiguë, spécifique le plus souvent, de la colonne vertébrale, caractérisée:

1° par la douleur et la rigidité vertébrales, accompagnées de signes radiographiques dans la plupart des cas.

2° par la possibilité de mettre en évidence, dans le sang, au cours de la maladie, une réaction spécifique de l'agent causal (hémoculture, séro-diagnostic, etc...)

3° par une évolution bénigne vers la guérison avec *restitutio ad integrum*.

Avant de pénétrer plus avant dans notre sujet et après cette définition, nous ajouterons ici une note très importante: *il n'est question dans cette thèse que des spondylites avec lésions visibles à la radiographie.*

Les brucelloses ont une affinité toute spéciale pour le système osseux et nous pouvons admettre que presque tous les malades présentent un état inflammatoire plus ou moins discret du système osseux, de la moelle, des tissus périarticulaires et des disques intervertébraux. Cette atteinte histologique, peut-on dire, mais non radiologique, est le stade auquel s'arrête habituellement l'atteinte de l'appareil locomoteur au cours de la fièvre de Malte. Suivant son intensité, suivant la réaction plus ou moins vive sur les funicules, les douleurs osseuses sont plus ou moins fortes. Dans tous ces cas, la radiographie ne montre rien de notable: ni bec d'ostéophytes, ni décalcification importante qui pourrait être attribué à l'état grabataire des malades. Par contre, la ponction lombaire peut montrer des signes d'atteinte méningo-radiculaires. .

La spondylite ainsi entendue est extrêmement fréquente. C'est chez elle que la « *restitutio ad integrum* » est la règle.

Dans le pays de Fenouillèdes, ou dans certains cantons de la plaine, nous aurions trouvé plusieurs observations, 3 ou 4, à ajouter à celles que nous apportons aujourd'hui. Mais en général, ces malades n'ont pas de radio-

graphies, même s'ils ont eu des abcès certainement ossifluents. Pour les médecins de nos campagnes, l'origine mélitococcique paraissait tellement évidente qu'ils jugeaient inutile la discrimination avec le Mal de Pott.

Dans les trois ou quatre observations que nous connaissons, (en particulier du Docteur FAIROL, d'Ille-sur-Têt, et du Docteur BRUN, de Saint-Paul-de-Fenouillet), la clinique leur a donné raison.

Nous avons tenu cependant à n'apporter que des observations inattaquables et dont les radiographies sont particulièrement nettes. Nous les avons fait suivre d'une 6^e observation prise à l'Hôpital, mais dont les radiographies se sont perdues et où il a été noté simplement qu'elles avaient permis, comme les recherches de laboratoire et l'évolution, d'éliminer le mal de Pott.

ETIOLOGIE

La fièvre de Malte est une maladie essentiellement polymorphe. Elle revêt les types les plus variés et peut s'accompagner, quelle que soit sa variété, des complications les plus inattendues.

Forme clinique de la maladie :

Dans le cas de la spondylite mélitococcique, une question se pose : Existe-t-il une variété de fièvre ondulante qui, plus qu'une autre, prédispose à cette complication? Les formes ambulatoires ou intermittentes, les formes à phénomènes généraux intenses avec collapsus cardiaque, les formes à évolution raccourcie, enfin les formes malignes avec état typhoïde sont-elles, l'une ou l'autre, à l'origine de cette complication? Ou bien existe-t-il une forme clinique particulière de fièvre de Malte qui favorise l'atteinte osseuse?

Par les observations que nous rapportons plus loin, il semble difficile d'accorder à l'une ou l'autre une prédisposition spéciale.

C..., obs. II, est atteint d'une forme hémorragique grave; il a présenté une hépatite avec ascite, une poussée encéphalitique; il est mort en présentant un syndrome d'hépatonéphrite aiguë. Au début de cette très longue fièvre de Malte, qui a duré environ 20 mois, le malade avait présenté une spondylite importante.

Pour B..., obs. V et pour M..., obs. III, il s'est agi de mélitococcies très longues dans leur évolution, mais sans complication autre que la spondylite.

D..., obs. IV, est dans une situation analogue; mais il arrive à l'hôpital sans que le diagnostic de fièvre de Malte ait été fait. Les signes avaient été peu importants. On s'était simplement étonné de la persistance de ce « lumbago » et on s'était demandé s'il ne s'agirait pas d'un mal de Pott.

D., obs. I, est en excellent état général lorsqu'il rentre à l'hôpital pour la première fois. Tous les examens pratiqués sont négatifs sauf le séro-diagnostic de Wright. Il quitte cet établissement en apparence guéri puisque au moment de sa sortie de l'hôpital sa température n'a pas dépassé 37° depuis un mois et demi. Et pourtant, huit mois après, il rentre à nouveau, présentant, surtout depuis un mois et demi, des douleurs sacro-coxales qui l'empêchent de se redresser.

Nos observations ne nous permettent donc pas de donner une réponse à la question.

Mlle GAUTIER, dans un article « Spondylite mélitococcique », paru dans le *Lyon Médical*, le 3 mars 1935, rapporte deux cas de fièvre de Malte évoluant normalement. Ce n'est que sept mois pour le premier et cinq mois pour le second, après la chute de la température et une période de guérison apparente qu'apparaissent les douleurs lombaires et les lésions osseuses.

GUIBAL et MAS citent dans la *Presse Médicale* le cas d'un de leurs malades atteint d'une fièvre ondulante caractérisée biologiquement et à évolution normale. Un an après le début de la maladie, apparaissent une grosseur dans le creux lombaire gauche et dans l'aîne droite. Il s'agissait d'abcès mélitococciques, manifestation d'une spondylite très nette, vérifiée à la radiographie.

Ici, la complication vertébrale apparaît lorsque la maladie semble guérie depuis quelque temps déjà.

Variété microbienne :

L'influence de telle ou telle variété de microbe doit-elle être notée ? Le mélitocoque produit-il plus facilement une lésion osseuse que le bacillus abortus ? Ou bien le mélitocoque est-il seul à s'attaquer à l'os ? D'après nos observations, il semblerait qu'on puisse lui accorder une place de choix dans cet ordre d'idées ; nous n'avons en effet trouvé que du mélitococcus melitensis chez nos malades. Et pourtant les publications de LASSEN et de JENSEN, en 1928 et en 1930 dans la revue *Hospitalitid*, prouvent qu'il ne faut pas être exclusif : ils ont vu des atteintes osseuses dues au bacillus abortus en tous points semblables aux nôtres.

Ici encore il semble impossible de dégager une origine bien spécifique à cette spondylite malthique. Que ce soit l'abortus ou le melitensis, il faut tous deux les considérer dans l'étiologie de cette lésion vertébrale. Nous retiendrons simplement pour expliquer le peu de fréquence de l'abortus, ce qu'en dit BRUNET : « La virulence moyenne de ce microbe est peu élevée en général et il se produit une vaccination rapide par contact, avec immunisation ».

Age. — Le professeur H. ROGER dans la thèse de M^{me} MARTIN, se demande s'il ne faut tenir aucun compte de l'âge de ses malades et de l'influence favorisante des lésions rhumatismales ; il écrit : « Tous nos malades ont dépassé 45 ans, âge où commencent à être si fréquentes les atteintes de rhumatisme chronique vertébral d'origine encore indéfinie ».

Dans la thèse de MARTIN, le professeur RIMBAUD cite des malades ayant moins de 45 ans. Dans son observation n° 3 empruntée à BOTREAU, ROUSSEL et HARD, il parle d'un malade âgé de 21 ans ; un autre est âgé de 33 ans et un

troisième, de 40 ans. Il est vrai que dans un cas, il y a association avec la typhoïde.

De notre côté, notre observation n° 1 mentionne le cas de D... Robert, âgé de 27 ans.

Il semble par toute cette diversité que l'âge de 45 ans ne soit pas une limite fatidique. Cependant, il faut reconnaître que les mélitococciques qui font de la spondylite, sont, en général, des adultes âgés. Pour cette complication comme pour beaucoup d'autres, l'âge est un adjuvant sérieux. La fièvre de Malte est en général bien plus légère chez les enfants que chez les gens âgés et on voit évoluer chez l'enfant de 12 à 15 ans, des mélitococcies sans aucune douleur.

Terrain. — Nous pouvons nous demander si le terrain influe beaucoup sur la localisation vertébrale des douleurs mélitococciques.

D'une façon générale, l'on peut dire que la localisation vertébrale est à peu près habituelle au cours de la fièvre de Malte. Les douleurs dans cette infection, lorsqu'elle est normale, sont dues avant tout aux atteintes osseuses ou articulaires: la spondylite ne serait, en somme, qu'un degré très avancé de l'atteinte habituelle. Mais pourquoi cette atteinte ? A parler franchement, nous n'en savons rien: nous pouvons tout de même invoquer une affinité particulière du mélitocoque pour le tissu osseux.

L'examen de la forme clinique de la maladie elle-même ne nous a permis aucune constatation dans cet ordre d'idées.

Le professeur H. ROGER, pense que les malades mélitococciques présentant des douleurs lombaires avec grosses lésions radiologiques, sont des rhumatisants anciens. Nous n'avons trouvé chez les nôtres aucun antécédent rhumatismal. Il s'agit d'un point sur lequel nous reviendrons à

propos du diagnostic différentiel, car l'on sait avec quelle importance les rhumatismes lèsent la colonne vertébrale, produisant des ostéophytes, des déformations de toute sorte. *Nos cinq malades ne s'étaient jamais plaints de rhumatismes.* B... obs. V qui a des déformations particulièrement curieuses de la colonne vertébrale et chez lequel on pourrait soupçonner une atteinte antérieure était un homme remarquablement souple et sain, qui n'avait jamais eu de douleurs rhumatismales avant son atteinte mélitococcique.

A ce sujet, nous n'avons rien noté dans les observations de la littérature française ou étrangère.

De même, nous verrons à propos du diagnostic différentiel, l'influence possible de la tuberculose. Qu'il nous suffise de dire, dès à présent, que les deux maladies peuvent s'associer, mais nous ne l'avons jamais observé. Une fièvre de Malte peut très bien faire un mal de Pott authentique. Pourquoi pas? Une si longue maladie peut bien aggraver une lésion commençante ou menaçante ! N'ayant jamais observé de cas particulièrement convaincant, nous dirons que la fièvre de Malte par la dénutrition qu'elle entraîne peut fort bien favoriser l'évolution d'une tuberculose vertébrale; et nous ajouterons que nous ne croyons pas que l'antécédent tuberculeux soit nécessaire et indispensable à l'apparition d'une spondylite mélitococcique. ROGER pourrait au contraire, le faire croire par la thèse de M. MARTIN. Pour lui, quand il y a de grosses lésions osseuses, c'est qu'il y a très probablement de la tuberculose, sinon du rhumatisme. « La radiographie, dit-il, ne montre pas habituellement de lésions vertébrales sérieuses dans la spondylite mélitococcique ».

Sexe. — Parmi les observations étudiées, nous n'avons trouvé aucune spondylite mélitococcique chez la femme. L'homme paraît plus souvent atteint et déjà CANTALOUBE avait constaté cette prédisposition du sexe masculin; il invoquait le surmenage. A quoi tient cette prédisposition? Il ne semble pas qu'un élément organique doive être invoqué, mais seulement ce fait que rapporte le Dr PUIG, dans un article paru dans le *Journal de Médecine de Lyon* (1935): « Ce n'est pas la femme qui soigne les bêtes, ou transporte le fumier. Par contre, elle soigne l'homme malade et quoique ne prenant à peu près pas de précautions hygiéniques, elle n'est que très rarement contaminée ». En somme, l'homme **présente plus souvent** que la femme, la fièvre de Malte, et c'est chez lui qu'on observe naturellement les formes les plus compliquées. La rareté de la maladie chez la femme ne serait en définitive qu'un facteur de la rareté de la complication.

Les localisations. — CANTALOUBE publia en 1909, une statistique, appuyée sur 200 cas, relative aux localisations osseuses ou articulaires de la fièvre de Malte. En particulier, il rapporte vingt-neuf cas de spondylites vertébrales se répartissant de la façon suivante: dix-huit atteintes lombaires, huit dorsales et trois cervicales.

Plus près de nous, le prof. ROGER mentionne cinq cas de spondylites, toutes lombaires.

Le prof. RIMBAUD cite un cas: spondylite lombaire. Nous même, dans cette thèse, produisons cinq observations inédites de spondylites, toutes lombaires. Cependant, pour l'une, celle de C..., obs. III, des précisions s'imposent, car, outre les lésions des vertèbres lombaires, l'on voit très nettement sur la radiographie des lésions des vertèbres dorsales suivantes: D9, D10, D11 et D12.

Pouvons-nous tirer une conclusion quant à la localisa-

tion de ces spondylites? Nous possédons un trop petit nombre d'observations pour dégager un pourcentage de localisation, mais nous notons la plus grande fréquence des spondylites lombaires, par rapport aux dorsales et aux cervicales; les vertèbres dorsales inférieures sont également quelquefois atteintes dans les lésions lombaires. Cette localisation lombaire et dorsale inférieure correspond bien au siège le plus habituel des douleurs accusées par les malades.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D... Robert, obs. 603, 27 ans, marié, père de famille, cultivateur. Bonne santé antérieure. Entre à l'hôpital le 28 juillet 1933, présentant des douleurs, des sueurs abondantes et une fièvre évoluant entre 38 et 39°. Ce malade boit parfois du lait de chèvre bouilli, mais manipule du fumier de chèvre.

L'examen somatique est négatif.

Le sérodiagnostic de Malte est positif (1/300).

Traitement: novarsenobenzol à doses progressives: (0 gr. 15 — 0 gr. 30 (3 fois répété) — 0 gr. 45 — 0 gr. 60 et 0 gr. 75 répété).

Au bout d'un mois et demi, la fièvre étant tombée à 37°, on considère le malade comme guéri, grâce à l'arsenobenzol et on le renvoie chez lui.

Pendant deux mois, par les soins de son médecin traitant, il a encore reçu deux injections par semaine de novarsenobenzol, à raison de 0 gr. 60 par injection.

Le malade, malgré cela, recommence à présenter un peu

de fièvre; le 23 mai 1934, il revient à l'hôpital, en marchant comme un crapaud, complètement accroupi.

A l'examen, on note l'impossibilité absolue d'étendre les cuisses, des douleurs très vives dans la région coxo-fémorale et sacro-coxale. On a l'impression d'une forme articulaire sévère.

Il n'y a aucun signe neurologique.

Le sero-diagnostic de Malte est négatif, alors que la réaction à la mélitine est très positive.

Le sero-diagnostic de WIDAL est négatif.

On note enfin, au niveau des fosses iliaques, de chaque côté, des masses ganglionnaires profondes et assez douloureuses; le toucher rectal est négatif.

La réaction de FREI pratiquée avec un antigène éprouvé, fourni par l'Institut bactériologique de Lyon, est négative.

En juillet, on fait un prélèvement de ces ganglions dont voici l'examen histologique (Dr CROIZAT, laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon): « Fibrose interstitielle assez importante, avec réaction inflammatoire et épaississement de la capsule. Pas de formations tuberculeuses. Pas de cellules de STERNBERG, ni de sclérose massive. Absence de grosse hyperplasie lymphoïde. Inflammation sans signes spécifiques, d'allure chronique ».

Peu à peu les masses ganglionnaires se mettent à fluctuer et le malade présente de chaque côté des abcès en bissac qui occupent la région sus-inguinale dans la fosse iliaque et le triangle de Scarpa correspondant.

La ponction de ces abcès donne un pus amicrobien, dans lequel il a été impossible, soit par la recherche directe, soit par l'inoculation au cobaye, de trouver aucun bacille de Koch.

L'évolution de ces abcès se fait d'une façon à peu près

apyrétique. Des ponctions successives retirant chaque fois 200 à 250 gr. de pus, arrivent à tarir complètement ces abcès.

La radiographie avait montré pendant l'évolution de ces abcès des signes de spondylite lombaire localisée au niveau des vertèbres lombaires L_{iv} et L_v: le disque intervertébral est réduit à un liseré infime. L_{iv} est diminuée de volume; sa partie supérieure est respectée; la partie inférieure a ses bords altérés, rongés surtout à gauche. Le corps de L_v est moins altéré. Les articulations postérieures de L_{iv} et L_v sont altérées surtout à gauche.

On ne voit rien d'anormal au sacrum.

En somme: pas de destruction massive des vertèbres, mais altération marquée de L_{iv} et de L_v au niveau de leurs surfaces correspondantes, avec disque intervertébral détruit. Pas de processus ostéophytique. Peu de décalcification.

Le malade va actuellement très bien. Il a fallu six ponctions pour tarir définitivement les abcès, sans injection modificative. Depuis le début de l'année 1935, il a repris ses occupations et travaille comme auparavant.

OBSERVATION II

C..., obs. 640. Il s'agit d'un malade dont l'observation a été publiée dans le *Journal de Médecine de Lyon* (1935, n° 2, P. 68, obs. XI). Ce malade, qui avait présenté pendant un an une fièvre de Malte sévère avec poussées hépatiques, purpuriques, avait présenté une ascite ayant nécessité deux ponctions de sept et de dix litres. *En même temps, il avait fait une spondylite dorso-lombaire.* L'état



OBSERVATION II



OBSERVATION III



OBSERVATION IV



OBSERVATION V

général s'était tout de même amélioré, et le malade était parti en juillet 1934, allant bien. Il faut noter que pendant l'hiver 1933-1934, il avait présenté un syndrome encéphalitique typique, avec confusion mentale, délire, gâtisme, prostration; il ne s'alimentait même plus. Le tout avait très bien guéri au bout de quatre à cinq semaines..

En juillet 1934, reprise du travail, probablement avec encore quelques petits accès fébriles, non contrôlés.

Cependant, le malade retourne à l'hôpital le 1^{er} novembre 1934.

A ce moment-là, il présente de l'albuminurie avec quelques cylindres; l'ascite reparaît en décembre, que l'on est obligé de ponctionner: on évacue six litres.

Le séromalte est faiblement positif; la mélitine produit une réaction nettement positive. Existente aussi alors des poussées thermiques successives qui aboutissent à un état de prostration extrême, et le malade meurt le 3 février 1935.

L'autopsie a été pratiquée le 4 février et a donné les indications suivantes :

Poumons d'aspect normal. Pas d'adhérences, pas de liquide pleural.

Cœur, un peu augmenté de volume: il pèse 400 gr. Cette augmentation de volume avait été notée au cours d'un orthodiagramme. L'aorte est normale.

Ascite, encore abondante.

Rate: périsplénité intense: elle pèse 700 gr.

Foie: se présente à la coupe comme le foie muscade; il pèse 1.800 gr.

Pancréas: il est très induré, avec de nombreuses adhérences à la région sous-hépatique.

Ces trois dernières pièces, plus le rein, furent envoyées

au Laboratoire d'Anatomie pathologique de Lyon, chez le Dr CROIZAT.

Les résultats furent les suivants :

Rate: assez larges zones d'apparence nécrotique; ces zones sont en général situées à la périphérie des corpuscules lymphoïdes qu'elles entourent d'une couronne d'éléments dégénérés dont les noyaux disparaissent. Par endroits, ces zones annulaires rappellent les dépôts que l'on rencontre dans l'amylose. Parfois, le centre nécrotique envahit les corpuscules lymphoïdes jusqu'au centre du nodule. En dehors de ces plages dégénératrices, la pulpe rouge renferme un certain nombre d'éléments tuméfiés en voie de nécrose.

Foie: dislocation des travées du lobule, dont les cellules sont parfois en voie de nécrose ou en état de surcharge graisseuse, mais il n'existe pas de réactions scléreuses importantes. Ilots inflammatoires à lymphocytes péri-portaux.

Dans le foie et la rate, petits amas de cocci prenant l'hématéine et qui répondent peut-être à une pullulation périphérique.

Rein: lésions diffuses avec exsudation interstitielle inflammatoire, riche en lymphocytes. Tubes contournés élargis avec des cellules réduites en hauteur. Cylindres dans les tubes de BELLINI. Lésions inflammatoires des glomérules.

Pancréas: quelques îlots nécrotiques.

En résumé, hépatonéphrite et inflammation dégénérative de la rate.

Voici maintenant ce qui avait été noté au point de vue osseux durant la maladie et les constatations nécropsiques:

Sur les radiographies: On note une spondylite lombaire

de LIII et de LIV, avec minime écrasement osseux à droite. Il y a de volumineux ostéophytes aux angles correspondants des vertèbres en contact, angles qui sont eux-mêmes fortement altérés. Le reste du corps des deux vertèbres garde à peu près sa forme, mais est légèrement décalcifié. On note un gros ostéophyte à l'angle supérieur droit de LIII. Cette vertèbre présente une forte torsion due au petit écrasement du côté droit. Du reste, les articulations postérieures LIII et LIV sont lésées et déformées.

Le disque LII et LIII est conservé, mais un peu aminci.

LII garde sa forme, mais est fortement décalcifiée. LV est normale, et le disque LIV, LV est conservé, moins haut à gauche, avec une amorce de crochet à ce niveau.

Ceci est vu sur les radiographies de mai 1934.

Sur les radiographies de novembre 1934, on note un même aspect des lésions, mais au niveau de LIII et LIV, un processus de recalcification et une ossification plus marquée des ostéophytes entre LIII et LIV, et au bord supérieur droit de LIII.

Le disque LIII LIV est conservé, mais les vertèbres sus-jacentes, sont beaucoup plus décalcifiées et on voit entre DIX, DX, DXI, DXII, des crochets s'ébaucher. LI est très décalcifié.

A l'autopsie, les lésions macroscopiques correspondent à ce qu'ont montré les radiographies.

Après dénudation de la colonne vertébrale, on constate en particulier l'aspect sensiblement normal des disques entre LI, LII et LIII. Mais entre LIII et LIV, le disque est d'une minceur extrême: deux millimètres au maximum. Il n'est pas horizontal, mais fait de deux parties se rejoignant à droite de la ligne médiane, en un angle dont la pointe tournée vers le bas paraît s'enfoncer dans le corps de LIV. Cette quatrième vertèbre lombaire est écrasée,

diminuée surtout dans sa partie droite. Nulle part, il n'est trouvé traces d'abcès, ni de déformations pouvant faire penser à de la tuberculose (géodes).

Histologiquement: un prélèvement a été fait au niveau de LIII et LIV ainsi que du disque intervertébral. Les recherches pratiquées au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Lyon n'ont pas permis de déceler autre chose que des signes d'inflammation banale. Aucune formation spécifique.

OBSERVATION III

M... Pierre, 45 ans, Obs. 701. Le malade est envoyé en consultation pour « sciatique rebelle ». Il revient d'un séjour aux eaux d'Amélie-les-Bains qui n'ont pas réussi à calmer ses douleurs.

L'examen donne les renseignements suivants: l'articulation coxo-fémorale droite est bloquée, immobilisée en légère flexion et adduction; la pression sur le grand trochanter et le toucher rectal au niveau de l'acetabulum provoquent une douleur vive.

Le malade souffre beaucoup, au moment de la recherche des signes de névralgie sciatique, à droite.

Enfin il présente un peu de douleur à la pression sur les quatrième et cinquième vertèbres lombaires.

Le reste de l'examen est négatif. L'on ne constate aucun signe neurologique; les réflexes sont normaux et en particulier l'Achillien droit.

La radiographie montre à ce moment: « Bassin et articulations coxo-fémorales paraissant normales; mais les quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont soudées. Le disque intervertébral a disparu. Les deux vertèbres

sont soudées en un bloc et présentent un aspect nettement ostéoporatique ».

En réalité, il semble bien que cette disparition du disque sur le cliché soit accentuée par l'attitude du malade, par son ensellure lombaire. Cependant la lésion existe manifestement. La quatrième vertèbre lombaire paraît la plus atteinte. Le corps est diminué de volume, avec des angles effilés amorçant des ébauches de crochets saillants. Les articulations postérieures L_{IV} et L_V sont très irrégulières.

Jusqu'à ce moment, rien n'avait fait penser encore à une lésion mélitococcique: le malade est revenu après la radiographie. Un interrogatoire plus serré permet de se rendre compte que lors de son départ à Amélie, le malade avait peut-être encore de la fièvre et que surtout, il y a deux ans, il a eu une fièvre de Malte dont la durée a été de six mois! Ce qui veut dire qu'on l'a gardé à la chambre pendant six mois, en lui prenant régulièrement sa température; puis, profitant d'une première défervescence importante, on l'a libéré de toute surveillance médicale et même thermométrique. Depuis dix-huit mois, il promène ses douleurs, sa fièvre, prenant de temps à autre des « cachets » pour les calmer lorsqu'elles s'exagèrent.

On fait subir au malade une série d'injections de septicémine intra-veineuse. Mais les douleurs persistent et vont s'améliorant insensiblement. Ce n'est qu'après deux ans que l'on peut parler de guérison. En dehors de la série de septicémine ordonnée, aucun traitement particulier n'a été fait. D'ailleurs, le malade, régisseur de son métier, n'a jamais cessé ses occupations: il travaillait quand il le pouvait et se contentait de surveiller les travaux quand ses douleurs étaient trop vives,

OBSERVATION IV

D... obs. 1.039, âgé de 62 ans. Entre à l'hôpital le 27 janvier 1935, avec le diagnostic de Mal de Pott probable.

Le malade a eu une adénite inguinale vers l'âge de 30 ans. N'aurait pas eu de chancre. L'adénite s'est ouverte et guérie spontanément.

Hernie inguinale opérée.

Début de la maladie en octobre 1934: douleurs d'abord localisées aux jambes, puis aux articulations sacro-lombaires, puis à la colonne lombaire. Douleurs intolérables. Fièvre élevée.

A l'entrée, l'examen somatique est négatif, en particulier au point de vue neurologique. On note seulement une impotence complète du malade, à cause des phénomènes douloureux au niveau de la colonne vertébrale lombaire et des articulations sacro-iliaques. Dans toute cette région la percussion est douloureuse. Le malade reste allongé et il souffre constamment, malgré les divers analgésiques employés (aspirine, naïodine, diathermie, etc.).

Le sérodiagnostic de WRIGHT est positif (1/500).

La mélitine est positive.

La cutiréaction à la tuberculose est positive.

La réaction de B. W. dans le sang: négative.

La radiographie montre une spondylite lombaire L_I L_{II}. Le corps de L_{II} est étalé, à contours flous, comme celui de L_I avec un disque pincé, à peu près invisible. Le disque de L_{II} L_{III} est bien conservé, au contraire. Sur les radiographies ultérieures (16-6-35), on voit se confirmer les lésions; des ostéophytes s'ébauchent entre L_I et L_{II}. L_{II} diminuée de presque la moitié de sa hauteur, présente au niveau de son bord inférieur des ostéophytes importants, en particu-

lier du côté gauche. Le disque LII LIII s'est aminci. On note enfin un peu de flou sur les contours de Lv.

Le 1er mai 1935, on fait une ponction lombaire. Pas de blocage. Liquide clair.

Cytologie: trois lymphocytes.

Albumine: 0,50 cg.

Séromalte négatif.

Réaction du benjoin, négative.

B. W.: négatif.

Le malade se lève parfois pendant quelques jours, paraît s'améliorer, puis présente une nouvelle poussée douloureuse pendant laquelle il s'immobilise. Il est à peu près apyrétique.

Jusqu'à septembre 1935, le malade n'a présenté aucun signe neurologique. Le 15 septembre, le malade se plaignant non plus de souffrir de la colonne vertébrale, mais d'impotence du membre inférieur droit, on constate pour la première fois l'abolition du réflexe rotulien droit. Le malade présente un déficit moteur important de tout le groupe crural et cela constitue en ce moment l'infirmité dont il se plaint. La colonne lombaire n'est pas douloureuse. La spondylite paraît très améliorée.

En date du 15 octobre, le réflexe rotulien droit est revenu. Le malade est en parfaite santé.

OBSERVATION V

M. B., 51 ans. Obs. n° 2.367. Est examiné le 28 mai 1932; il n'a aucun passé pathologique intéressant. Il présente au moment de l'examen des signes typhiques: fièvre en plateau entre 39°5 et 40°. Pouls relativement calme (entre 90 et 100 pulsations à la minute). Etat saburral des voies

digestives; le malade est prostré, la rate est perceptible. L'état général est très bon. Le malade sue beaucoup, et le foie dépasse de trois travers de doigt au moins les fausses côtes. On fait le sérodiagnostic aux bacilles d'Eberth, il est négatif; par contre, il se révèle positif au 1/600 et plus pour la fièvre de Malte.

Aussitôt, l'on instaure un traitement très énergique: injections quotidiennes et intraveineuses de septicémine. Ce traitement est continué pendant deux mois et ce n'est qu'après quinze jours que la température prend le caractère ondulant.

Les douleurs ont apparu en juin et depuis n'ont jamais cessé d'être au premier plan: elles se manifestent par des douleurs lombaires et sacro-iliaques avec quelques irradiations dans les sciatiques.

En septembre, la température baisse et permet au malade de vaquer un peu mieux à ses occupations de représentant de commerce. Il faut d'ailleurs remarquer que même au plus fort de sa maladie, il a continué à dicter son courrier, à avoir des communications téléphoniques, bref, il n'a jamais cessé de s'occuper de ses affaires.

A partir d'octobre 1932, commence une existence marquée par de petites poussées thermiques peu gênantes, mais surtout par des poussées douloureuses extrêmement vives qui certains jours obligent le malade à rester allongé ou immobile.

Il faut noter que la station debout ou assise n'est pas gênante ou ne provoque pas de douleurs. Seul engendre une douleur, le mouvement que fait le malade pour se relever, se mettre en marche ou changer de position. L'immobilité absolue est pour lui un grand soulagement.

Malgré tous ces signes, par suite de circonstances extra-

médicales, le malade ne put être radiographié qu'en 1934.

A ce moment, on constata des lésions extrêmement importantes de spondylite. Leur aspect tout à fait particulier s'explique par ce fait que le malade n'a été radiographié que deux ans après le début de la maladie, seize ou dix-huit mois au moins après le début clinique de l'atteinte vertébrale.

D'une manière générale, on constate que les lésions vertébrales ont entraîné une scoliose lombaire gauche; sur le profil, l'on remarque une cyphose lombaire. L'adaptation de la colonne à ses lésions paraît s'être faite avec ces déformations sans doute définitives.

Dans le détail, on constate les modifications suivantes:

L_I paraît normale.

L_{II} est un peu irrégulière, avec un ostéophyte à l'angle supérieur droit.

L_{III} est très irrégulière et un peu affaissée à droite.

L_{IV} a un corps sensiblement normal, mais incliné vers la gauche, sans doute à cause de l'affaissement de ce côté de **L_V**. Les articulations postérieures sont déformées.

Les disques sont pincés entre **L_{II}**, **L_{III}** et **L_{IV}**.

Sur le profil, le disque **L_{II}** et **L_{III}** paraît pincé avec des surfaces vertébrales irrégulières. Il correspond au sommet de la cyphose lombaire. On note encore un ostéophyte entre **L_I** et **L_{II}**.

Le malade a été revu à plusieurs reprises. A cause de la décalcification, on lui a fait des rayons ultra-violets, à cause des douleurs de la diathermie. Tout cela, en vain.

Il n'a jamais présenté un signe neurologique pathologique, et les radiographies ultérieures n'ont pas montré d'amélioration sensible. Il semble aujourd'hui que les lésions soient fixées avec une ankylose peu importante de la colonne lombaire. Le malade marche, se baisse avec

grande facilité. Il souffre de temps en temps « aux changements de temps ».

OBSERVATION VI

Le malade dont il est question, ici, est inscrit-maritime. Le 10 avril 1931, il rentre chez lui avec une grosse céphalée. Le 12, il est obligé de s'aliter. Le médecin appelé diagnostique une fièvre de Malte.

Au mois d'août ou septembre, une aggravation le conduit à l'Hôpital, d'où il ressort au bout d'un mois pour y rentrer à nouveau le 3 novembre 1931.

A ce moment-là, le malade souffre de douleurs généralisées; toutes les articulations sont le siège de douleurs atroces; il est obligé de rester immobile sur son lit; il ne peut faire aucun mouvement, même pour manger.

Ses jambes, dit-il, sont comme paralysées; il ne présente aucun trouble sphinctérien.

A l'hôpital il se plaint de douleurs intenses, et présente une courbe fébrile. Mais surtout on constate une masse volumineuse, fluctuante dans la région costo-lombaire droite. Cette masse que le malade considère comme l'origine de ses douleurs lombaires est apparue il y a quelques jours.

La ponction au trocart est exécutée. On retire une grande quantité de pus de couleur purée de pois. Cette ponction est répétée 6 à 7 fois et cela, chaque fois que les douleurs devenaient trop fortes et que l'abcès bombait sous la peau. Le pus retiré est toujours inférieur à la quantité précédente.

Pendant 9 mois à partir de l'apparition de cette suppuration, le malade est immobilisé au lit, sur la planche.

La fièvre a duré quelque temps encore après la guérison de l'abcès qui, depuis 2 ans ne s'est plus reformé.

A l'heure actuelle, le malade prétend souffrir de sa colonne lombaire, lorsqu'il se baisse.

A l'examen, pas de déviation de la colonne vertébrale, pas de point douloureux; le mouvement de rotation du tronc sur le bassin se fait avec souplesse. Le mouvement réalisé pour ramasser un objet à terre est exécuté sans grande raideur.

L'on peut se demander comme ce malade, marin de profession, ne buvant pas de lait, a contracté sa fièvre de Malte.

Il prétend n'avoir jamais touché de fumier ou soigné des bêtes.

Il se souvient, quelque temps avant sa maladie, avoir chargé sur une barque du sable sur lequel des brebis avaient séjourné. D'ailleurs, un de ses camarades de travail a eu la fièvre de Malte en même temps que lui.

De quelle origine était cette collection purulente? Il semble que même après avoir fait le diagnostic sérologique de Fièvre de Malte on ait encore pensé au Mal de Pott. Mais les radiographies successives, malheureusement perdues, l'évolution clinique ont bien montré qu'il ne s'agissait pas de mal de Pott.

L'on peut s'étonner, à juste raison d'ailleurs, de la guérison sans séquelles osseuses d'une telle suppuration qui n'aurait pas manqué de laisser le malade en très mauvaise condition physique, alors que dès que la température est tombée, il a repris le dessus avec rapidité.

Les radiographies, prises à ce moment-là, ont été égarées, mais elles avaient permis dès cette époque d'écarter le diagnostic de Mal de Pott.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Nous ne mentionnerons pas ici les signes cliniques classiques et si variés de la fièvre de Malte, qu'elle soit normale ou compliquée de spondylite. Nous les avons indiqués très succinctement dans un chapitre précédent et nous n'avons pas besoin de les répéter au début d'une complication bien spéciale de la mélitococcie.

Nous nous occupons seulement des cas qui sont compliqués de spondylite et de cette complication elle-même, avec les symptômes nerveux qui peuvent s'y rattacher.

Donc, comment reconnaître qu'une fièvre de Malte se complique de spondylite?

Différents éléments sont à envisager et d'abord la douleur.

Douleurs. — La douleur dans la fièvre de Malte est un symptôme banal. Il s'agit de douleurs fugaces affectant une localisation des plus variables: tantôt des douleurs dans la région lombaire, dans la région sacrée, dans la région coccygienne; à certains moments simulant la névralgie sciatique; tantôt douleurs sans localisations fixes se déplaçant dans les membres, les articulations, aux genoux, aux poignets.

Ces douleurs névralgiques et articulaires, quand elles existent, constituent un signe de haute valeur.

A quoi tiennent ces douleurs? Il est probable encore une fois qu'elles sont dues à une irritation locale provoquée par le mélitocoque: irritation ayant son siège dans les masses musculaires, dans les espaces cellulitiques, dans les nerfs ou dans les os. Il est permis dès lors de parler de spondylite, mais seulement au sens étymologique et histologique du mot, en n'envisageant seulement qu'une légère inflammation du tissu vertébral. La spondylite avec lésions radiographiques n'est pas ici en jeu.

Ces douleurs, symptôme classique, sont en somme très souvent dues à une inflammation vertébrale, à une « spondylite », si l'on veut encore une fois s'en tenir au sens étymologique du mot. Et dans ce sens, on pourrait dire qu'une très forte proportion de mélitococciques, sinon tous, présentent de la spondylite. Mais, nous attachant seulement aux spondylites dont les lésions macroscopiques sont décelables radiologiquement, nous pouvons nous demander à partir de quel moment le symptôme douleur signifiera qu'il y a une ostéo-arthrite mélitococcique déjà avancée.

Il n'y a pas à vrai dire de douleur spécialement caractéristique de ce stade, mais on y pensera lorsque ces douleurs deviennent particulièrement tenaces, térébrantes, obligeant le malade à rester immobile et à garder le lit. Les paysans de nos campagnes emploient une expression qui rend bien le mal dont ils souffrent: « J'ai les reins pourris », disent-ils.

Bien des médecins de campagne soignant des mélitococciques ont observé de tels malades, grabataires pendant des mois à cause des douleurs (lombaires la plupart du temps), extrêmement tenaces et vivaces. Mais ces malades atteints

cliniquement de spondylites accentuées, loin de tout centre radiologique n'ont jamais pu être examinés à fond.

Douleurs particulièrement tenaces, térébrantes, obligeant le malade à rester immobile et à garder le lit, avons-nous dit.

On pourrait ainsi supposer que l'immobilisation, le séjour au lit suffisent non pas peut-être à guérir le malade, mais à le soulager. Il n'en est rien et ces malades essaient tout pour calmer leur douleur sans y parvenir. Certains absorbent chaque jour 8 et 10 comprimés d'aspirine ou de toute autre spécialité analgésiante. Rien ne les calme et nous en connaissons pour lesquels il a fallu avoir recours à la morphine. Dans les cas les plus douloureux, la diathermie ne donne pas de résultats. Couchés dans leur lit, dans une attitude figée, faisant le moins de mouvements possible, ils gémissent de douleurs. Souvent les poussées douloureuses s'accompagnent de sueurs abondantes, surtout au cours de poussées fébriles.

Leur état général est variable suivant l'allure générale de la maladie, la complication vertébrale influant peu sur leur état général.

Lorsque les douleurs sont moins vives, ils se déplacent avec l'aide de béquilles, tout comme si leurs membres inférieurs étaient paralysés.

Et pourtant, c'est un trait particulier à signaler, ces malades sont incapables de se mouvoir même en dehors de toute complication neurologique: l'atteinte osseuse seule est suffisante pour réduire les mélitococciques à l'immobilité.

Les changements de position les fatiguent, les font énormément souffrir et cependant lorsqu'on laisse ces malades dans leur nouvelle position, soit assis, soit debout, leurs douleurs n'en sont point augmentées; ils se trouvent dans le

même état d'endolorissement que lors de leur position initiale.

L'on aurait tort de croire tout de même à un absolu parallélisme entre l'intensité des douleurs et l'importance de la spondylite. Nous connaissons des cas où les malades étaient confinés au lit par la douleur et qui ne présentaient aucun signe de spondylite, même légère: il existe de ces douleurs habituelles à la fièvre de Malte, très vives, pour lesquelles la radiographie pratiquée ne révèle absolument aucune lésion. D'autre part, l'on ne peut faire radiographier toutes les mélitococcies et comme le dit Mme Martin dans sa thèse: « l'intensité des phénomènes douloureux n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions visibles sur la radiographie, qui sont en général minimales, quelquefois nulles. »

Enfin ces douleurs ne restent pas localisées dans la région lombaire; probablement par suite de l'irritation des funiculi, ces douleurs s'irradient: leur type habituel en est la sciatique; d'autres fois, il s'agit de névralgie crurale ou obturatrice. Nous n'insisterons pas davantage sur ces irradiations, car elles n'ont aucun caractère particulier.

Signes tirés de l'examen de la colonne vertébrale:

En plus de cette douleur que le malade éprouve au repos, allongé sur son lit, il existe certains signes qui doivent éveiller notre attention lorsqu'un mélitococcique se plaint de lombalgie violente. Faisons un examen complet, ne craignons pas de retourner notre malade et nous constaterons une douleur à la percussion de la colonne vertébrale et quelquefois une déformation.

La percussion par une pression méthodique exercée avec le doigt sur les apophyses épineuses, sur les lames ou sur les apophyses transverses, cherchera au niveau de chaque vertèbre à provoquer la douleur, tout comme s'il s'agissait d'un mal de Pott.

Le plus souvent l'on réveillera une douleur vive au niveau de la vertèbre malade. Mais il ne faut pas s'attendre à réveiller dans chaque cas des douleurs aussi précises, aussi exquises que dans le mal de Pott. Dans notre observation IV, la percussion de la 1^{re} et de la 2^e lombaire était très douloureuse. Chez M..., obs. III et chez D, Obs. I, au contraire, elle est très atténuée. Et même, chez M..., Obs. III, la percussion se manifestait d'une façon plus précise et plus douloureuse au niveau des articulations sacro-iliaques.

Par conséquent, la recherche de ce signe peut donner d'excellentes indications; mais il ne faut pas trop s'y fier.

Par contre, l'examen attentif nous fera parfois remarquer des modifications ou des déformations de la colonne vertébrale. Elles sont tout de même assez rares.

Ce que l'on observe le plus fréquemment, c'est la raideur dans la zone malade; elle est due à la contracture des muscles immobilisant la colonne vertébrale ou bien même aux lésions elles-mêmes de la spondylite. Cette contracture est parfois visible et palpable sous la forme d'une saillie plus ferme à ce niveau. Le malade manque de souplesse et s'il réussit à exécuter les divers mouvements de flexion en avant, d'extension et d'inclinaison latérale, il le fait avec les plus grands efforts.

Beaucoup plus rarement, on observe des déformations: ce sera quelquefois une lordose, plus souvent une scoliose. L'on voit en effet ces malades prendre des attitudes figées; ils sont raides, cambrés ou d'autres fois ils se tiennent accroupis comme c'est le cas de D... Robert, Obs. I, qui revient à l'hôpital en marchant comme un crapaud. B..., 51 ans, Obs. V, présente une scoliose lombaire gauche et sur le profil, une cyphose lombaire.

On observe très rarement des angulations qui seraient

dues à un effondrement complet de la vertèbre ou à une subluxation. Les lésions quoique assez importantes ne vont pas jusqu'à produire couramment ces déformations qui restent, croyons-nous, jusqu'ici l'apanage du mal de Pott. Tout de même, dans notre Observation IV, il y a sur le profil une subluxation en arrière du corps de la 2^e lombaire et le malade présente bien à ce niveau un petit relief assez net, une « petite bosse » à peine sensible.

Paul GUIBAL et M. MAS ont aussi noté dans leurs cas une légère cyphose angulaire.

Si dans le mal de Pott, les déformations de la colonne vertébrale sont le phénomène normal, ici, dans la spondylite mélitococcique, la raideur sera la modification la plus courante alors que la lordose, la scoliose, la cyphose existeront à l'état de rareté.

Les abcès.

Les abcès constituent un signe clinique relativement rare, dont l'existence n'a pas été souvent mentionnée.

Mme MARTIN n'en cite aucun cas.

BOTREAU-ROUSSEL et HUARD en ont publié en 1931 un cas intitulé « Spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococcique avec abcès fessiers bilatéraux ayant simulé des abcès froids ossifluents ».

Après avoir éliminé une origine bacillaire et une origine paratyphique, ils s'arrêtent à l'action du mélitocoque.

GILLOT, JOBARD et surtout BRUN et BURNET ont publié des exemples de ces suppurations froides simulant la tuberculose et d'origine mélitococcique.

KULOWSKY et WINKE en 1932 dans le *Journal of American medical Association* citent un cas où un prélèvement suivi de pyoculture permirent de reconnaître du *B. melitensis*, variété bovine.

GUIBAL et MAS en 1934, dans la *Presse Médicale*, rapportent l'observation d'un mélitococcique présentant deux tuméfactions contenant du pus. Ce malade était atteint d'une spondylite mélitococcique qui se manifesta d'abord par ces abcès.

Nous en rapportons un cas très intéressant, c'est l'Obs. I. Il s'agit d'un malade qui, au cours de sa maladie a présenté au niveau des fosses iliaques, une adénopathie bilatérale qui précéda l'abcès net. Ces ganglions firent songer à une méthode de NICOLAS et FAVRE, si bien qu'une réaction de Frei fut exécutée. Un peu plus tard, une biopsie est pratiquée qui montre un ganglion atteint d'une inflammation d'allure chronique sans signes spécifiques. Puis enfin, des deux côtés, ce fut l'évolution d'un abcès froid en bis-sac, communiquant facilement par dessous l'arcade crurale, sans fièvre et d'allure torpide. Là encore l'origine non tuberculeuse fut prouvée par l'examen direct du pus, qui se révéla amicrobien, et par l'inoculation au cobaye qui fut négative. L'évolution se fit en quelques semaines et la guérison fut obtenue par ponctions successives. La radiographie montra un foyer de spondylite lombaire d'où l'abcès avait suivi la voie habituelle des abcès froids d'origine osseuse.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que nous avons noté avant la sensation de fluctuation une adénopathie qui nous a un moment trompé. On sentait une tuméfaction profonde mais comme au-dessus de l'arcade crurale on sentait des ganglions, on pouvait à ce moment hésiter et nous avons tenu à éliminer toute autre cause d'adénopathie. L'adénopathie n'était que satellite de l'abcès qui progressait depuis la colonne lombaire.

L'évolution de cette suppuration froide est tout à fait typique des suppurations relativement rares d'ailleurs au cours de la mélitococcie. On sait qu'il y a parfois des cellu-

lites suppurées, ou d'autres abcès provenant probablement d'un foyer voisin d'ostéite. Ces abcès guérissent toujours assez facilement. Au début ils peuvent faire penser à la tuberculose.

Notre observation s'ajoute à celles déjà citées et nous permet de dire avec BOTREAU, ROUSSEL et HUARD que « dans les pays où la mélitococcie est endémique, toute suppuration devra être l'objet de recherches bactériologiques avant d'être attribuée à la tuberculose et que dans les cas douteux on ne négligera aucune réaction biologique permettant d'écarter toute suspicion de mélitococcie ».

Les signes neurologiques:

Le Professeur H. ROGER a longuement étudié les signes neurologiques des spondylites de la fièvre de Malte; il y attache une grande importance.

Successivement dans la thèse de M^{me} MARTIN, dans la *Presse médicale* en 1926, dans la thèse de LE FLEM, il a exposé le résultat de ses examens, ainsi que dans les articles si intéressants du *Marseille-Médical*. Il fait partout ressortir la valeur de ces signes neurologiques au point de vue de la symptomatologie des spondylites.

Voici d'ailleurs, les signes qu'il mentionne:

Tout d'abord, une irritation des funiculi provoquant les douleurs en ceinture ou vers les membres inférieurs: névralgies crurales, névralgies obturatrices ou névralgies sciatiques.

Puis, il mentionne une irritation pyramidale « analogue à celle que BARRÉ a décrite dans le rhumatisme chronique, et qu'il a lui-même retrouvée dans la spondylite typhoïdique et même dans l'ostéo-arthropathie lombaire tabétique ».

Ce dernier signe, provoque l'impotence des membres inférieurs en même temps que toute une série de réactions plus

ou moins variées sur les réflexes des membres inférieurs, du bassin et de l'abdomen:

- exagération des réflexes rotuliens;
- affaiblissement des réflexes achilléens en général;
- jamais de Babinski;
- vivacité des réflexes cutanés fessiers;
- diminution des crémastériens;
- enfin conservation des réflexes cutanés abdominaux;

En dernier lieu, le Professeur ROGER fait ressortir que l'atteinte des centres nerveux peut donner un syndrome liquidien qu'il étudie dans 4 cas sur 5 dans la thèse de Mlle MARTIN. Les modifications du liquide sont inconstantes. Quand elles existent, on peut noter de l'hyperalbuminose avec une lymphocytose variable et parfois une forte dissociation albumino-cytologique. Cette dernière indique probablement la gêne de la circulation de retour, la compression au niveau des trous de conjugaison ou simplement une inflammation ancienne.

Le liquide céphalo-rachidien est rarement hypertendu et ROGER n'a jamais trouvé le B. W. positif. Le séro de WRIGHT par contre a donné des réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien chez deux de ses malades.

Il est indéniable que ce faisceau de signes neurologiques des spondylites paraît net, logique et soigneusement séparé des complications neurologiques plus importantes que l'on ne peut mettre sur le compte des spondylites soit parce qu'il s'agit de complications plus diffuses de l'axe cérébro-spinal ou purement méningées, soit d'une compression directe par vertèbre effondrée.

Loin de nous la pensée de nier que l'inflammation des spondyles ainsi que des tissus périarticulaires vertébraux, ne puisse irriter les funiculi ou même irriter le faisceau pyramidal; cette irritation est certaine.

Mais l'atteinte des os est par elle-même douloureuse et en dehors d'elle, l'on ne saurait nier la fréquence de l'atteinte primitive du système nerveux au cours de la mélitococcie. C'est ROGER lui-même qui a montré et plus vigoureusement l'affinité remarquable du mélitocoque pour le système nerveux et dès lors la question se pose de la façon suivante :

Les signes neurologiques, si bien décrits par ROGER, sont-ils *pathognomoniques des spondylites et des spondylites contrôlables radiologiquement*? ou bien *sont-ils simplement une coïncidence due à l'atteinte ou l'irritation funiculaire banale que l'on pourrait attribuer à une lésion directe du système nerveux* ou à une irritation de voisinage à la sortie du canal vertébral, au passage à travers les tissus péri-articulaires.

Nous ne croyons pas que ces signes soient pathognomoniques et voici pourquoi :

Tout d'abord, ils sont parfois difficiles à apprécier : s'agit-il d'un malade alité depuis longtemps? on ne se rendra compte de la vivacité d'un réflexe fessier, par exemple, qu'avec la plus grande difficulté. S'agit-il d'un malade qui a autrefois présenté une orchite? la diminution du réflexe crémasterien sera normale; à plus forte raison si l'on a affaire à un malade d'un certain âge et à peau flasque. L'on peut en outre rattacher l'impotence des membres inférieurs si courante dans la spondylite aux phénomènes douloureux normaux de la maladie: impotence fonctionnelle pure et simple des arthrites.

En réalité, tous ces signes difficiles à apprécier sont encore inconstants tout comme les modifications du liquide céphalo-rachidien. Ils sont inconstants dans les observations publiées par ROGER lui-même ou ses collaborateurs, dans celles de GUIBAL et dans les nôtres. C'est ainsi que deux seu-

lement de nos observations (Obs. II et obs. IV) nous ont permis de constater des signes neurologiques. Et pourtant, l'existence de lésions osseuses importantes aurait dû nous permettre d'observer chez les autres mélitococciques des signes d'irritation médullaire ou radiculaire.

Or, dans l'observation II, il s'est agi non pas d'un syndrome de compression par spondylite, mais d'un syndrome typique encéphalo-méningé avec délire, confusion, prostration, gâtisme (abolition du contrôle sphinctérien, incapacité de s'alimenter) qui a duré environ un mois. Les signes neurologiques observés à ce moment ne pouvaient être mis sur le compte d'une compression localisée vers L₁ et L₁₂ : ils étaient le fait d'une encéphalo-méningite typique comme ROGER en a publié et comme il nous a été donné d'en observer d'autres cas indépendamment de toute localisation vertébrale.

Dans l'observation IV, nous n'avons pas observé pendant plusieurs mois de modification des réflexes et c'est par scrupule que nous avons fait une ponction lombaire qui a révélé une légère dissociation albumino-cytologique; ceci, avec une épreuve de Queckenstedt tout à fait normale. Au bout de plusieurs mois, nous avons observé pendant 15 jours une abolition du réflexe rotulien droit seulement. A ce moment, le malade souffrait à peu près uniquement des articulations sacro-coxales.

D'autre part, nous avons observé ces mêmes signes neurologiques discrets au cours de la fièvre de Malte sans lésion vertébrale minutieusement recherché. Ainsi tel de nos malades présente une abolition des réflexes achilléens et des signes liquidien; il n'a jamais présenté le moindre signe vertébral si ce n'est des douleurs lombaires banales; les examens radiographiques n'ont permis de remarquer aucune atteinte vertébrale. L'on se trouve dès lors en présence

de coïncidences: y a-t-il coexistence d'une spondylite plus ou moins discrète, donc peu ou pas visible à la radiographie et d'une atteinte nerveuse? ROGER lui-même l'a bien montré ainsi que d'autres auteurs: il existe très souvent au cours des fièvres de Malte des atteintes méningées latentes: une arachnoïdite localisée, surtout vers la terminaison du canal rachidien, peut provoquer l'apparition des signes décrits par ROGER, signes qui peuvent par conséquent tromper.

RIMBAUD et JANBON ont publié une observation montrant par l'exploration lipiodolée l'existence de cette arachnoïdite.

Ainsi les signes nerveux sont souvent sous la dépendance de lésions autres que la lésion vertébrale de la spondylite mélitococcique.

De tout ce long débat, il importe de dégager des conclusions. Quel cas faut-il faire des signes neurologiques existant dans la spondylite mélitococcique? Faut-il les utiliser systématiquement ou au contraire faut-il les écarter? Il semble que la solution consiste en une observation rationnelle de ces signes. On les utilisera, mais sans compter sur eux de façon absolue.

On se souviendra qu'ils ne sont ni indispensables ni pathognomoniques et qu'il faut avant tout rechercher les signes osseux proprement dits, ceux dont nous avons déjà parlé et ceux que nous allons étudier maintenant: les signes radiologiques.

CHAPITRE V

LA RADIOGRAPHIE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES SPONDYLITES

Nous avons réuni ces deux chapitres en un seul, faisant une entorse importante à la présentation régulière et classique des chapitres.

L'observation des lésions osseuses se fait chez les mélitococciques surtout par la radiographie.

Les études anatomiques doivent être fort rares et l'observation avec autopsie que nous publions est peut-être unique, sans être d'ailleurs sensationnelle, puisqu'elle ne révèle aucune lésion extraordinaire; elle ne fait que confirmer les données radiologiques. On peut donc dire que, pour une large part, l'anatomie pathologique des spondylites mélitococciques est faite des données de la radiographie.

Nous aurons donc à étudier successivement, et ce sera le plan de ce chapitre:

- 1° Les images radiologiques des spondylites mélitococciques;
- 2° Les vérifications anatomiques ou biologiques que nous avons pu faire sur le vivant;
- 3° Enfin les constatations nécropsiques qu'il nous a été donné de faire.

I. — LES IMAGES RADIOLOGIQUES
DES SPONDYLITES MÉLITOCOCCIQUES

ROGER, dans la thèse de M^{me} MARTIN, insiste particulièrement sur les signes radiographiques de cette spondylite.

Pour lui, « la radiographie ne montre pas habituellement de lésion vertébrale sérieuse ». Plus loin, il dit : « l'intensité des phénomènes douloureux n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions visibles sur la radiographie qui sont en général minimales, quelques fois nulles ». En effet, les lésions qu'il constate sont les suivantes :

Un pincement discret des interlignes, une clarté plus ou moins marquée d'une vertèbre, quelques becs de perroquet, et une seule fois l'aspect en diabolo d'une vertèbre. Ainsi ROGER n'a pas constaté l'existence de lésions osseuses importantes mélitococciques ; il dit : « les lésions graves ne sont pas dues à la spondylite mélitococcique actuellement en évolution, mais à des atteintes antérieures de rhumatisme chronique de nature indéterminée ». Et encore cette origine ne le satisfait pas pleinement puisque plus loin il invoque comme possible une lésion tuberculeuse, un mal de Pott en évolution au cours d'une fièvre de Malte. Quoique le Professeur ROGER se soit occupé des spondylites *en général* et non spécialement de celles qui provoquaient des lésions macroscopiques, nous voyons cependant qu'il a tendance à refuser au mélitocoque, le pouvoir de faire d'assez gros dégâts osseux.

Avec GUIBAL, avec le Professeur RIMBAUD et d'autres auteurs, nous nous séparons de lui sur ce point ; nous pensons que nous sommes en droit d'affirmer l'existence de signes radiologiques précis dans la spondylite de la fièvre de Mal-

te; nous pensons que les lésions d'origine mélitococciques peuvent être considérables et sont aussi importantes dans leur genre que celles provoquées par la tuberculose à laquelle elles peuvent d'ailleurs beaucoup ressembler.

Si nous voulons résumer ici et en somme synthétiser les lésions que nous avons observées radiologiquement au cours des cinq cas rapportés, nous constatons que nous avons eu affaire à deux sortes de lésions. Tout de suite nous devons préciser et dire de quel ordre sont ces deux sortes de lésions: il ne s'agit pas pour nous d'établir deux grandes classes, deux sortes de lésions séparées ou formes anatomo-cliniques bien distinctes; nous envisageons au contraire des degrés divers de la même maladie avec prédominance tantôt sur l'articulation elle-même et les bords de l'articulation (disque, faces et rebords articulaires) — tantôt sur l'articulation et le corps vertébral à la fois.

Nous avons ainsi à exposer deux groupes d'observations:

a) *Groupe où les lésions sont surtout de l'arthrite vertébrale.* — Nous rangeons dans ce groupe nos observations I, II et III.

La radiographie de notre malade D... Robert, obs. I, montre une altération marquée des vertèbres Liv et Lv au niveau de leur surface correspondante. Le disque est détruit. L'on note une très légère décalcification.

Processus ostéophytique à peine amorcé.

Pour l'observation II, le disque intervertébral LIII Liv a presque disparu sauf à gauche. Les articulations postérieures sont lésées, et déformées. La vertèbre LIII est d'abord décalcifiée puis présente un processus d'ossification intense. Elle porte sur son angle supérieur droit un volumineux ostéophyte.

En ce qui concerne l'observation III, l'on remarque que

le corps de la quatrième vertèbre lombaire est diminué de volume. Aux angles, apparaissent des ébauches de crochets. Les articulations postérieures L_{IV} et L_V sont très irrégulières.

De cette première présentation, l'on peut dégager les faits suivants:

a) Atteinte marquée du disque intervertébral: celui-ci est pincé, inégalement d'ailleurs et presque disparu en certains points.

b) Pas de grosse lésion du corps vertébral; il n'y a pas d'image ulcéralive. Pas de cavités. La décalcification est très peu marquée.

c) Par contre, l'on voit des lésions notables des articulations postérieures.

d) Enfin il paraît y avoir dès le début, apparition d'ostéophytes très développés.

b) *Groupe où la vertèbre elle-même est très lésée.* — Ici, nous trouvons nos observations IV et V.

Ce qui frappe sur la radiographie de notre malade de l'observation IV, c'est l'aplatissement ou plutôt l'affaissement de L_I et L_{II}. Leurs limites sont vagues. Le disque est très diminué.

Pour B..., obs. V, la radiographie prise à la fin de la maladie présente une scoliose lombaire gauche et sur le profil une cyphose lombaire. L_{II} irrégulière porte à son angle supérieur droit un ostéophyte. L_{III} très irrégulière est un peu affaissée à droite. Les disques L_{II}, L_{III}, L_{IV} sont pincés.

De ce deuxième groupe, il faut retenir la lésion frappante, importante, il s'agit de l'effondrement vertébral. Il existe une atteinte du disque, des articulations postérieures, mais surtout une ostéoporose importante avec affaissement de la vertèbre allant jusqu'au télescopage. Ainsi, la colonne vertébrale est déformée, soit en cyphose, soit beaucoup plus en

scoliose. Toujours ces modifications s'accompagnent d'ostéophytes importants.

II. — CONSTATATIONS ET RECHERCHES IN VIVO

Une de nos malades (observation I) a présenté au cours de l'évolution de sa spondylite des abcès ossifluents qui ont été très intéressants et que nous avons pu étudier de très près. Cliniquement, il s'est agi de l'abcès ossifluent typique descendant de la colonne lombaire le long du psoas, vers les fosses iliaques, l'arcade crurale et le triangle de Scarpa.

On s'était demandé si le diagnostic de double adénophlegmon de la fosse iliaque, ayant évolué vers la suppuration, ne pouvait pas être discuté. En effet, cette masse fluctuante avait débuté par un gros paquet ganglionnaire bilatéral et d'une consistance telle que la possibilité d'une maladie de NICOLAS et FAVRE avait été envisagée et une réaction de FREI réalisée. En réalité, il est probable que les ganglions ont été une réaction de voisinage au cours de l'évolution de la suppuration, de la colonne vertébrale vers la région crurale.

Il aurait fallu, dans le cas contraire, admettre l'apparition subite d'une adénopathie bilatérale et primitive, évoluant vers la suppuration de chaque côté et franchissant l'arcade crurale, tout ceci est en général le fait des abcès ossifluents évoluant sous le fascia ce qui leur permet de descendre jusqu'au triangle de Scarpa.

La biopsie a montré qu'il n'y avait là rien de tuberculeux. Les abcès ont guéri d'ailleurs très rapidement comme ne guérissent pas les suppurations tuberculeuses après quelques ponctions.

L'inoculation du pus au cobaye n'a rien indiqué en faveur d'une bacillose.

L'examen du pus n'a pas montré de bacilles de Koch.

Les recherches effectuées par certains auteurs, rapportées en particulier dans la thèse d'ABRIAL (Lyon, 1935), ont montré dans des abcès provenant d'ostéites mélitococciques que le pus était dans certains cas stérile, dans d'autres, peuplé de microcoques parmi lesquels on a reconnu cinq fois le *melitensis* et une fois le *staphylocoque*.

III. — CONSTATATIONS NÉCROPSIQUES

Elles ont trait à ce que nous avons observé chez le malade de l'observation II.

La radiographie indiquait des lésions prédominantes au niveau du disque LIII LIV. La quatrième vertèbre lombaire présentait un affaissement minime. L'autopsie n'a rien montré de plus. Le disque était extrêmement aminci, presque linéaire dans sa partie droite et moyenne. Le léger affaissement, à droite, de la quatrième lombaire était très visible.

A la coupe, les vertèbres avaient une consistance sensiblement normale. Nulle part, on ne remarquait d'abcès ou de fongosités.

Par ailleurs, l'examen histologique, pratiqué au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Lyon, n'a révélé aucune formation tuberculeuse dans les diverses parties osseuses. On n'a constaté seulement que des signes d'inflammation banale. Par conséquent, l'on peut dire que les recherches anatomo-pathologiques n'ont rien montré de particulier que n'aient déjà révélé les épreuves radiologiques.

En terminant, nous rappellerons que nous n'avons pas vu de lésions de spondylite mélitococcique analogues à celles que l'on observe au cours du mal de Pott lorsqu'il y a effondrement complet d'une vertèbre avec cyphose prononcée.

CHAPITRE VI

LE DIAGNOSTIC

LES RAPPORTS AVEC LE RHUMATISME CHRONIQUE ET AVEC LA TUBERCULOSE

Nous abordons ici un chapitre très délicat, tant par le nombre et la qualité des opinions émises que par la variété des affections capables de provoquer les signes de la spondylite mélitococcique et de nature à faire errer un diagnostic.

Nous allons rattacher les opinions émises à trois chefs dont l'opinion, en la matière, fait autorité.

Pour certains auteurs, H. ROGER et M^{me} MARTIN, le diagnostic serait assez simple: On pourrait songer aux lésions mélitococciques tant que des lésions importantes ne seraient pas visibles; par contre, si on constatait à la radiographie des atteintes sérieuses, c'est que des lésions antérieures telles que la lombarthrie de LERI ou des lésions tuberculeuses concommittantes seraient surajoutées à la spondylite.

Pour d'autres (RIHBAUD et LAMARQUE en particulier), le diagnostic est rendu très difficile par la similitude des lésions, et pour montrer de façon frappante cette analogie, ils vont jusqu'à créer l'appellation de « Mal de Pott mélitococcique ».

Enfin, une dernière opinion est celle de GUIBAL: « La différence avec le mal de Pott est immense ». Pour lui le diagnostic est en somme assez simple, chaque affection ayant des caractères propres bien nets.

D'une manière générale, le *diagnostic positif de spondylite mélitococcique* sera appuyé sur les signes suivants: le malade souffre de douleurs vives et persistantes non calmées par le repos, et le plus souvent accompagnées de poussées fébriles reconnues d'origine mélitococcique; à l'examen douleurs fixes de la colonne vertébrale avec parfois, mais rarement, une déformation. Enfin à la radiographie on constatera les signes suivants au niveau de l'articulation: pincement du disque et sur le corps vertébral: ostéophytes, décalcification, effondrement et affaissement de la vertèbre allant jusqu'au télescopage. Ces lésions s'accompagnent assez rarement d'abcès. Leur évolution se fait de façon aiguë ou subaiguë vers la guérison suivant deux modes: *restitutio ad integrum* avec tout de même persistance des ostéophytes ou bien consolidation des lésions avec pendant quelque temps persistance de la raideur lombaire, puis guérison sans cure spéciale et surtout sans immobilisation. La guérison sera obtenue souvent au prix d'une déformation et d'un certain degré d'ankylose. La guérison de l'appareil osseux se fera indépendamment des lésions nerveuses concomittantes qui, elles, évoluent pour leur propre compte.

Nous ne parlerons que pour mémoire du diagnostic de localisation exacte de la lésion; on peut, quelques fois, par un examen superficiel ou même avant la radiographie croire à des lésions surtout sacro-iliaques; un examen plus approfondi et la radiographie permettront de se garder de cette erreur, ou de constater la coexistence des 2 lésions parfois.

a) *Diagnostic avec les spondylites infectieuses.* — En premier lieu, il importe d'examiner la spondylite typhique. Une première constatation s'impose, c'est que toujours l'on a comme antécédents l'existence d'une septicémie à bacilles d'EBERTH. Elle survient en pleine convalescence et se manifeste par des signes radiographiques sur lesquels ROGER insiste particulièrement. Il s'agit d'une altération du disque cartilagineux intervertébral avec diminution de sa hauteur, contours flous des faces supérieures et inférieures des vertèbres adjacentes; le corps vertébral devient opaque par suite d'une réaction d'ostéite condensante; il prend quelquefois la forme en diabolo par suite de l'apport osseux périphérique.

Nous devons retenir de cette description la notion d'origine (apparition de la spondylite après une fièvre typhoïde) et au point de vue radiographique l'image d'ostéite condensante que nous n'avons jamais notée à propos de la mélitococcie.

A propos des autres spondylites infectieuses: streptococciques, staphylococciques, etc..., il faut toujours mettre en vedette et avoir présente à l'esprit la septicémie antérieure.

Et d'ailleurs en recherchant par les moyens de laboratoire, l'origine de cette localisation vertébrale, on retrouvera aussi l'origine mélitococcique si celle-ci est en cause.

Ces spondylites n'offrent aucun caractère radiologique pathognomonique. D'une manière générale, aucune ne donne les images ostéophytiques que l'on observe dans la fièvre de Malte.

b) *Rhumatisme articulaire aigu.* — *Les rhumatismes infectieux.* — Il n'est pas nécessaire de beaucoup insister sur ce diagnostic, on se basera sur les antécédents: existence d'une uréthrite blennorragique dans certains cas, d'une angine dans d'autres; sur leur apparition à la suite d'une

scarlatine, des oreillons, d'une injection sérique. L'histoire clinique ne sera pas négligée; on s'appuiera sur les phénomènes généraux, la fièvre, l'albuminurie, les fluxions articulaires, souvent l'atteinte cardiaque.

A la radiographie, on ne constate que très peu ou souvent même pas de lésions.

Les épreuves thérapeutiques sont la pierre de touche la plus certaine de diagnostic: ces rhumatismes fléchissent sous l'influence d'un traitement spécifique.

Donc, de ce côté là, il semble que le diagnostic doit se faire sans difficulté avec la spondylite mélitococcique.

c) *Arthropathie syphilitique*. — Elle évolue sans fièvre et sans histoire clinique qui puisse se comparer à celle de la fièvre de Malte. Elle est très peu douloureuse et il y a un contraste entre l'indolence relative (sur laquelle vient d'insister récemment M. ALAJOUANINE dans un article de la *Presse Médicale*), et l'importance des lésions radiologiques; l'on constate des ostéophytes exubérants et quelquefois la disparition des disques intervertébraux.

Il faut mentionner que cette arthropathie se rencontre presque toujours chez des tabétiques. Une ponction lombaire et l'examen attentif des antécédents permettront de séparer facilement ces deux lésions.

d) *Cancer*. — Il s'agit de généralisation, aux os du rachis, de cancers viscéraux primitifs et plus particulièrement du corps thyroïde, de la prostate, de l'ovaire et du sein. Ces métastases peuvent simuler à un premier abord et radiologiquement une spondylite mélitococcique. C'est ainsi que le malade de l'observation III dont l'antécédent mélitococcique était inconnu au début fut envoyé à un radiologue qui pensa tout d'abord à une métastase néoplasique; nouvel examen, au cours duquel l'on cherche de tous côtés et surtout de la prostate un néoplasme latent; enfin, le malade

raconte son épisode mélitococcique. En réalité, cette fièvre de Malte évoluait encore et le malade traînait toujours comme il est courant de le voir dans nos campagnes. JULLIEN, dans un article de la *Presse Médicale* a présenté ces malades que l'on rencontre si souvent dans nos campagnes du Languedoc se traînant à l'aide de cannes ou même de béquilles, ne prenant pas leur température ou ne l'ayant jamais prise, guérissant à la longue et sans soins, (et d'ailleurs parfois pas plus lentement que ceux à qui nous proposons nos colorants ou nous vaccins les mieux préparés).

Dans les lésions radiologiques du cancer, il ne faut retenir que les formes destructives. Le point important, c'est l'anamnestique. La radiographie montre au début une tache de raréfaction, puis un effondrement de la vertèbre qui prend l'aspect cunéiforme à sommet antérieur. La confusion est ici possible, mais dans le cancer les disques intervertébraux sont, en général, respectés contrairement à ce que l'on observe dans la spondylite. Quelquefois le disque paraît agrandi. Jamais l'on ne voit d'ostéophytes.

Dans les images radiologiques avec vertèbres « ivoire », le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

c) *Rhumatisme chronique*. — Nous abordons là un chapitre dont l'importance est capitale au point de vue du diagnostic. Il est nécessaire avant tout de poser deux questions.

Et d'abord, en face d'un malade mélitococcique ignoré et souffrant de lombalgies prolongées et tenaces, devons-nous incriminer la fièvre de Malte? Devons-nous incriminer le rhumatisme chronique ?

La question sera vite et facilement tranchée: on pensera à la mélitococcie parce que l'on se trouve dans une région où elle sévit, à cause des anamnestiques et en faisant les recherches sérologiques nécessaires.

En deuxième lieu, l'on doit se demander si en face d'un

mélitococcique connu que l'on croit atteint de spondylite, l'on doit mettre les lésions observées sur le compte du mélitocoque ou les attribuer à des lésions antérieures de rhumatisme vertébral chronique?

C'est la question la plus importante. Nous nous poserons la même à propos du mal de Pott. Elle est très délicate.

ROGER s'est prononcé en différents articles sur cette question comme aussi sur le mal de Pott; il le fait avec netteté et son opinion est importante à connaître: « La radiographie ne montre pas habituellement de lésion vertébrale sérieuse dans la spondylite mélitococcique », dit-il. — M. le Professeur Roger, écrit Mme Martin, pense que les lésions graves ne sont pas dues à la spondylite mélitococcique actuellement en évolution, mais à des atteintes antérieures de rhumatisme chronique de nature indéterminée ». Le professeur ROGER exprime les mêmes idées dans un article de la *Presse Médicale* (1926).

L'on peut, en effet, se demander s'il n'existait pas déjà antérieurement des lésions vertébrales; la lombarthrie est une maladie relativement fréquente. Tel malade qui présente aujourd'hui ce que nous croyons être une spondylite mélitococcique, n'est-il pas un lombarthrique ancien, avec de vieux ostéophytes, des becs de perroquet datant déjà de plusieurs années, peut-être même des déformations vertébrales que l'on ignorait ce qui paraît encore plus logique puisque les malades atteints de S.M. sont surtout des adultes. La seule réponse irréfutable serait évidemment la présentation de radiographie: avant, pendant et après la fièvre de Malte. Il est justement regrettable qu'aucun de nos malades n'ait été radiographié avant sa maladie. La question se complique encore de ce fait que les lésions radiologiques sont dans bien des cas assez superposables.

Cependant, en ce qui concerne nos malades, aucun d'en-

tre eux n'avait jusqu'ici présenté de lumbago chronique. En particulier, nos malades des observations II, IV et V qui présentent les plus grosses lésions osseuses ne s'étaient jamais plaint des douleurs persistantes et tenaces du rhumatisme de la colonne vertébrale. Il est difficile sinon impossible d'admettre que des personnes qui n'ont jamais souffert aient fait des lésions aussi considérables de la colonne vertébrale d'une façon absolument latente alors que nous savons par quelles douleurs la lombarthrie se manifeste localement ou par irradiations.

Inversement, il est impossible d'admettre que par une coïncidence vraiment curieuse seuls les mélitococciques présentant des signes cliniques de spondylites présentent aussi des signes radiologiques au niveau et qu'il s'agisse en réalité d'une lombarthrie, jusqu'ici latente! Les coïncidences seraient plus nombreuses. Etant donné le nombre des mélitococciques qui souffrent et qui sont radiographiés et la fréquence (?) des lombarthries on trouverait une quantité bien plus grande de soi-disant spondylites.

Il faut bien constater que les signes cliniques et radiologiques concordent. Nous n'avons admis que les observations indiscutables et écarté volontairement celles où seule une ébauche de crochet venait témoigner d'une spondylite, peut être authentique pourtant, mais que l'on aurait justement pu mettre sur le coup d'une lombarthrie antérieure.

Dès lors comment distinguer le rhumatisme chronique de la spondylite mélitococcique? Cela est parfois très difficile. Les malacies de toutes origines, les inflammations diverses peuvent radiologiquement provoquer les mêmes lésions que nous avons décrites à propos de la spondylite mélitococcique. On se basera sur l'ensemble clinique bien particulier: évolution fébrile et subaiguë des douleurs, en général, plus fortes que dans tout autre rhumastisme chronique, coïnci-

dant avec l'apparition des signes radiologiques; on utilisera les antécédents et les examens sérologiques. Le diagnostic est sans doute difficile à faire sur la vue seule des radiographies, mais non devant le malade lui-même au repos; Il présente des poussées fébriles, des sueurs profuses et tous les autres signes cliniques de la fièvre de Malte.

En outre, grâce à la radiographie elle-même, le diagnostic se précise ou du moins s'oriente. Dans le rhumastime chronique, la lésion vertébrale ne possède pas de limites franches; l'ombre vertébrale est élargie au niveau des espaces intervertébraux du fait de l'épaississement des ligaments et de la formation de becs de perroquets. *L'os n'est jamais détruit* et il produit des ostéophytes et des aspérités de toutes sortes. Donc, ici, tendance ankylosante et constructive mais non destructive. Dans la mélitococcie il y a lésion ostéoporotique, destructive à côté de la production des ostéophytes. Le disque s'amincit, on ne l'y voit pas se laisser d'emblée infiltrer des coulées osseuses ankylosantes.

f) *Le mal de Pott*. — L'opinion du Professeur ROGER intervient ici comme dans le rhumatisme chronique. Il attribue, dans certains cas, les grosses lésions osseuses observées au cours des spondylites mélitococciques, à la tuberculose, de même qu'au rhumatisme chronique.

L'opinion du Professeur ROGER prête à discussion. Dans un article paru dans le *Marseille Médical* le 25 octobre 1925, il rejette sur la tuberculose les lésions vertébrales d'un mélitococcique: il invoque chez ce malade une hémoptysie, des lésions osseuses importantes et des ombres en fuséau rappelant les abcès ossifluents du mal de Pott.

Il y aurait peut être danger à généraliser ces raisons de façon trop absolue. Il nous a été donné de voir pendant des semaines des mélitococciques cracher du sang sans que jamais les recherches diverses et l'évolution aient montré la

moindre bacillose; nous avons vu chez notre malade de l'observation I des abcès froids dont l'origine n'était pas bacillaire. GUIBAL en signale un cas et MM. KUŁOWSKI et WINKKE ont réussi à isoler dans un pus d'abcès froid chez un mélitococcique un bacillus melitensis à l'état pur; d'autre part, l'autopsie que nous avons pu pratiquer nous a permis de constater de grosses lésions vertébrales sans signature histologique bacillaire.

Par ailleurs, le Professeur ROGER, d'accord en cela avec OLMER, indique que la *mélitococcie est une maladie anergisante favorisant l'évolution de la tuberculose*. Qu'on nous permette à ce sujet une légère digression. Il est bien possible, voire certain, que la longue évolution et la cachexie qu'entraînent la fièvre de Malte puissent favoriser des poussées évolutives chez un bacillaire ancien, peut être même provoquer l'apparition d'une tuberculose pulmonaire ou osseuse. Les observations diverses, de valeur très différentes d'ailleurs, recueillis par NADER dans sa thèse inspirée par JANBON en sont un exemple. Mais il ne faut rien exagérer. JANBON et BALMÈS, JANBON dans la thèse de NADER ont reçu sans la contrôler l'opinion d'OLMER sur la mélitococcie, maladie anergisante. MARTIN, de Montpellier, paraît aussi adopter cette manière de voir. Cette opinion fut émise par OLMER dans deux articles, l'un de la *Revue Médicale de France et des colonies*, l'autre du *Marseille-Médical* en 1925: « Nous avons établi avec MASSOT, dit OLMER, que la mélitococcie est une maladie anergisante durant son évolution. Les réactions cutanées à la tuberculine restent négatives aussi longtemps que persistent les phénomènes généraux et fonctionnels accusés: fièvre, sueurs, anorexie, asthénie, amaigrissement, et même lorsque ces troubles se sont amendés l'anergie paraît persister encore un temps véritable ». *Cela nous paraît tout à fait exagéré.*

Le Docteur R. PRIG, a contrôlé ces réactions sur 11 malades en pleine évolution fébrile, en poussée d'encéphalite ou de méningite, d'hépatite ou de spondylite. Sur ces onze cas, sept ont présenté des cuti-réactions à la tuberculine nettement positives. Parmi les quatre autres, il y avait deux enfants de treize ans et deux jeunes gens de 18 et 22 ans. Enfin un douzième malade, âgé de 32 ans avait une cuti-réaction négative alors que la fièvre et tout symptôme « général » avait disparu depuis un mois environ.

Si nous considérons de plus la grande fréquence en notre région de la mélitococcie, et, dans certains centres de la tuberculose, nous pouvons nous étonner qu'il n'y ait pas plus d'évolutions bacillaires chez les mélitococciques.

Nous ne croyons donc pas que pour admettre le rôle favorisant d'une longue dénutrition sur l'évolution ultérieure ou l'apparition d'une tuberculose on soit obligé de dire que « la mélitococcie est une maladie anergisante durant son évolution ».

Un troisième point vient en discussion: l'existence de collections purulentes froides d'origine mélitococcique, ainsi que des lésions osseuses. Nos observations, celle de GURBAL, celle de RIMBAUD, d'autres encore prouvent d'une façon irréfutable que de grosses lésions, des abcès même peuvent être dus au mélitocoque et non au bacille de Koch. Les recherches que nous avons faites au sujet des abcès du malade de l'observation I, pour les lésions osseuses du malade de l'observation II, montrent que en dehors de la tuberculose on peut voir évoluer des lésions importantes de la colonne vertébrale. Nous n'avons pas besoin d'insister là-dessus.

Les recherches rapportées par ABRIAL dans sa thèse sont suggestives à ce point de vue. Encore une fois, nous ne nions pas que les lésions bacillaires et mélitococciques ne puissent coexister. Mais nous sommes opposés à ce que l'on

refuse au mélitocoque la possibilité de produire des lésions osseuses ou cutanées dont l'allure clinique rappelle celles de lésions tuberculeuses. Ceci admis, il faut savoir comment se fera le diagnostic du mal de Pott et de la spondylite mélitococcique? Pour GUIBAL, c'est chose facile; pour RIMBAUD, c'est relativement difficile, puisqu'il va jusqu'à baptiser cette spondylite du nom de mal de Pott mélitococcique.

Le diagnostic se fera en se basant sur les données cliniques et sur les données radiologiques.

Cliniquement, le malade atteint de spondylite mélitococcique souffre par poussées entrecoupées de périodes de calme. Au cours de ces périodes de calme, il se lève, se promène. Au bout de quelque temps, il est à nouveau immobilisé. Mais pendant la période d'impotence et de douleur, le repos lui-même ne le calme pas ou très peu. Les irradiations persistent. Tout cela diffère beaucoup de l'évolution habituelle du mal de Pott. Un mal de Pott tout à fait au début provoque des douleurs assez discrètes, bien localisées. Les douleurs mélitococciques sont d'emblée très vives, irradiées ou à multiples localisations. Au fond, ces deux syndromes douloureux n'ont pas du tout le même type.

Radiologiquement, la grosse différence réside dans la présence dans la spondylite mélitococcique de signes très importants d'irritation ostéopériostée et de régénération (crochets ostéophytiques, par endroits véritables coulées, ponts réunissant les corps vertébraux) à côté des lésions destructives. Dans la tuberculose, les lésions sont habituellement plus étendues: les lésions du disque, l'ostéoporose vertébrale sont plus accentuées; les marques de défense et de réaction manquent habituellement, surtout au début.

Comme le dit ou le rappelle GUIBAL: « La tuberculose détruit l'os et n'en fabrique pas; dans la mélitococcie, les lésions de destruction et les phénomènes de cicatrisation

marchent de pair.

MARTIN (page 44, thèse Montpellier 1934) donne comme grand signe distinctif que la mélitococcie ne donne pas de décalcification. « Nous ne l'avons jamais observée ». Il est vrai qu'il rapporte des cas très disparates où sont mêlés les observations avec lésions importantes ou sans lésions macroscopiques visibles. Mais il est évident que la décalcification est dans certains cas très importante et que ce n'est pas sur ce signe que l'on peut baser le diagnostic différentiel.

CHAPITRE VII

DE LA SPONDYLITE MELITOCOCCIQUE EVOLUTION ET TRAITEMENT

EVOLUTION

L'évolution de la spondylite mélitococcique ne donne pas au point de vue vital d'inquiétudes sérieuses; cependant elle est pour le malade une complication fort gênante tant par les douleurs qu'elle provoque que par l'immobilisation qu'elle entraîne.

D'ailleurs, au point de vue de la durée, cette spondylite se manifeste pendant un temps souvent assez long: chez deux de nos malades M..., obs. III et B..., obs. V, la guérison ne survient que deux ans et demi environ après l'apparition des premiers symptômes. Et encore n'ont-ils jamais été réduits à l'immobilisation complète. Chez nos trois autres malades, l'évolution a été moins longue mais a présenté des phases où le patient a été obligé de s'aliter.

D..., obs. I, a souffert pendant un an; le retour fonctionnel s'est fait sans aucune séquelle.

C..., obs. II, a quitté l'hôpital pour travailler; il ne se plaignait plus à ce moment-là de la colonne vertébrale; il était resté en traitement de 8 à 10 mois.

D...., obs. IV, est encore à l'Hôpital. Rentré, le 27 janvier 1935, l'évolution de la spondylite aura duré presque un an.

Ces malades ont présenté quelques particularités que nous avons indiquées: ces malades sont immobilisés par périodes; ils restent 10 à 20 jours au lit; ils sont incapables de faire quoi que ce soit, souffrants au lit ou debout et surtout lorsqu'ils se meuvent. Pourtant dans certaines conditions, ils réussissent à se traîner sur des béquilles.

En dehors de ces périodes d'immobilisation, ils se lèvent, et marchent plus ou moins bien.

Nous devons faire remarquer que, en dehors des cas où il existait une myélite concomittante, nous n'avons jamais rencontré de paraplégies vraies et de signes sphinctériens.

Par ailleurs, nous l'avons déjà indiqué, malgré la gravité de certaines lésions nous ne les avons jamais vu évoluer jusqu'à une cyphose accentuée de type pottique. A notre connaissance, aucun cas de cette nature n'a été signalé dans la littérature médicale.

L'existence d'une spondylite au cours d'une fièvre de Malte n'empêche pas l'apparition d'autres manifestations mélitococciques. C...., obs. III, a présenté presque au début de sa maladie une hépatite avec ascite puis à la fin une hépatonéphrite.

La « *restitutio ad integrum* » ne se fait que lorsque les lésions sont très minimales. Sinon la guérison ne se fait que par consolidation des lésions. S'il y a eu des lésions importantes avec ostéophytes et des lésions destructives, la consolidation se fait en position défectueuse, en position plus ou moins vicieuse. Notre observation V en est un exemple, la consolidation s'est faite avec une scoliose lombaire gauche et sur le profil une très légère cyphose lombaire. La colonne s'est adaptée à ses lésions et présente des déformations

qui resteront probablement définitives. Bref, le retour à l'état antérieur est d'autant plus complet que les lésions ont été plus discrètes.

En somme, il faut compter avec des ankyloses segmentaires d'ailleurs peu étendues en général: Immobilisation de 1, 2, 3 articulations vertébrales, scoliose, très légère cyphose.

L'évolution est très longue en général: plusieurs mois, quelquefois un ou deux ans. On voit parfois dans les villages de nos régions envahies par la fièvre de Malte des malades dans la force de l'âge qui longtemps encore après la phase aiguë de la maladie se promènent avec des cannes, lentement, la région lombaire enraidie et qui sont des spondylites mélitococciques. Le médecin du village est accoutumé à ce spectacle. Malheureusement ces malades n'ont jamais été radiographiés. Ils traînent leur maladie durant des mois; ils finissent pourtant par guérir, on peut le dire, à peu près sans soins.

TRAITEMENT

Ces malades guérissent donc de leur spondylite, même sans soins, et c'est tout ce que nous aurions à dire sur le traitement si en réalité, nous n'avions essayé la plupart des traitements antimélitococciques avec le même insuccès.

D'autre part, nous n'avons pratiqué pour les lésions vertébrales elles-mêmes aucun traitement orthopédique; nous nous sommes contenté chaque fois d'immobiliser les malades au lit durant les périodes où ils souffrent beaucoup et où ils ne peuvent marcher. Comme nous l'avons déjà dit, ces périodes sont intercalées de périodes d'amélioration pendant lesquelles les malades se lèvent d'eux-mêmes et marchent tant bien que mal avec des cannes ou des béquilles. Nous les laissons juges. Eux-mêmes se sentent capables de l'effort nécessaire.

Etant donnée l'évolution habituelle des lésions une greffe d'Albee, par exemple, nous paraîtrait tout à fait contre-indiquée. On pourrait, par contre, aider certains malades par un corset.

Les suppurations demandent à être soignées très prudemment avec le minimum de traumatisme. Ponction des abcès qui ont tendance à se cicatriser assez rapidement.

Les conclusions de la thèse récente d'ABRIAL (Lyon), inspirée par MM. TIXIER et DE ROUGEMONT sont analogues.

Nous avons plusieurs fois essayé de calmer les douleurs par des traitements diathermiques, mais en vain. L'aspirine

ou les calmants analogues ont été, en général, suffisants, mais à fortes doses. Très rarement il a fallu recourir à la morphine.

Enfin, et non plus sans grand avantage, nous avons fait faire des rayons ultra-violets pour lutter contre la décalcification.

Par ailleurs nous faisons le traitement chimiothérapique ou biologique habituel de la fièvre de Malte, et toute médication symptomatique nécessaire.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, il apparaît que :

1° La spondylite mélitococcique n'est pas une complication de la fièvre de Malte, mais une des manifestations relativement banales de la maladie si on l'entend dans son sens le plus étendu d'inflammation aiguë des vertèbres et des disques intervertébraux. Au point de vue radiologique, cette inflammation aiguë et rapide ne se traduit par aucun signe.

2° Nous n'avons étudié ici que les spondylites avec lésions macroscopiques visibles à la radio. Ces spondylites, beaucoup plus graves, ne sont certainement pas rares dans les régions où la fièvre de Malte abonde. Mais certaines observations, même avec abcès, que nous aurions pu publier, ne sont pas utilisables à cause du manque de radiographies.

3° Dans les cas publiés et dans les cinq observations que nous apportons, nous avons constaté que les symptômes importants proviennent avant tout :

— Des signes observés au niveau de la colonne vertébrale du malade (douleur fixe, raideur, déformation) ou abcès;

— Des signes radiologiques montrant les lésions de destruction (pincement ou disparition du disque intervertébral,

diminution de hauteur de la vertèbre, décalcification, etc.) et de réparation ou de réaction de voisinage (ostéophytes précoces et nombreux ponts). Ces signes sont plus fidèles que les signes neurologiques auxquels il ne faut pas enlever leur valeur, mais qui sont inconstants, non pathognomoniques, peuvent être observés sans lésion radiologiquement décelables et peuvent être dus à des coïncidences par atteinte concomittante des centres nerveux.

4° Le diagnostic est relativement facile à faire avec les spondylites et les rhumatismes infectieux, — avec le cancer. Il est beaucoup plus délicat avec la lombarthrie et le mal de Pott.

Dans le cas de lombarthrie, on s'appuiera surtout sur les anamnestiques et l'évolution de la maladie: la lombarthrie édifie mais ne détruit pas.

Dans le cas de mal de Pott, la différence réside surtout dans ce que les lésions mélitococciques sont moins destructrices et présentent en même temps que les lésions de destruction des images de réparation importante. De plus, les poussées évolutives de la spondylite mélitococcique sont très différentes de la marche progressive et lente du mal de Pott.

5° L'évolution est lente et se fait en 1 ou 2 ans environ. Les malades présentent des périodes alternées pendant lesquelles ils vont plus ou moins mal. Le malade peut faire toute autre complication de la fièvre de Malte qui peut l'emporter.

L'évolution se fait vers la guérison par consolidation des lésions. Si les lésions ont été minimales, c'est pratiquement la « *restitutio ad integrum* ». Si les lésions ont été

plus graves, il persiste un enraidissement ou une position légèrement vicieuse de la colonne vertébrale.

6°) Le traitement consiste surtout en repos lors des poussées douloureuses. Nous n'avons jamais mis de corset de maintien à nos malades, mais il semble qu'ils puissent en retirer un bénéfice dans certains cas.

Par ailleurs, nous ne négligerons pas le traitement contre la fièvre de Malte elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIAL. — Les formes chirurgicales ostéo-articulaires de la fièvre ondulante. *Thèse de Lyon* 1935.
- AIMES. — Les spondylites. *Le Progrès Médical*, 31 mai 1919.
- ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et COUDRAY. — Spondylites infectieuses. *Journal Médical Français*, décembre 1912, p. 489.
- ASTROS (D'). — La spondylite typhique chez l'enfant. *Marseille Médical*, 1^{er} juin 1914.
- AUBERT, P. CANTALOUBE, THIBAUT. — Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard. *Soc. de Biol.* 1910.
- BARTHE. — La spondylite typhique. *Thèse de Toulouse*, 1914.
- BENEDETTI. — Localisations chirurgicales des infections à Melitococcus Catania, 1914.
- BERTHON. — Spondylite typhique. *Thèse de Montpellier* 1922-23.
- BOTREAU-ROUSSEL et HUARD. — Spondylite et arthrite sacroiliaque melitococciques avec abcès fessiers bilatéraux ayant simulé des abcès froids ossifluents. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 2 déc. 1931, t. 57, pp. 1561-1565.
- BROCA. — Ostéomyélite vertébrale. *Chirurgie infantile*, p. 326-399.
- BRUCE. — Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée. *Annales de l'I. Pasteur*, 1903.
- BURNET. — Sur un type d'arthrite constaté fréquemment chez les cobayes infectés par le micrococcus melitensis. *Académie des Sciences de Paris*, 1922.
- CANTALOUBE. — Une épidémie de f. de Malte en France. *Montpellier Médical*, 20 février 1910.
- CATELLI (F.). — Spondylite melitococcique. *Rassegna internaz. di clin. e terap.*, p. 649-650, 15 juin 1934.
- CIGNOZZI. — La coxo-psoïte de la fièvre de Malte simulant la coxalgie. *Riforma Medica*, t. 37, juillet 1921.
- CHEINISSE. — La spondylite infectieuse. *Semaine Médicale*, 11 novembre 1903.
- CLERICI. — Sur la spondylite de la fièvre ondulante. *Giornale di Clinica medica*, 13 février 1917 et 26 janvier 1932.

- CRESPIN. — Spondyloses et spondylites. *Presse Médicale*, 29 octobre 1913.
- DARBOIS. — Fièvre de Malte et tuberculose. *Bulletin Médical*, Paris 1910.
- GAUTHIER (Mlle). — Spondylite melitococcique. *Lyon Médical*, 3 mars 1935.
- GILLOT. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne. Association pour l'avancement des Sciences, 1908.
- GUIBAL et MAS. — Spondylite melitococcique ou mal de Pott tuberculeux. *Presse Médicale*, n° 90, p. 1777., 17 nov. 1934.
- GUYARD. — Diagnostic de la spondylite typhique et son traitement par la vaccinothérapie. *Thèse de Paris* 1921.
- GRISSEL. — L'ostéomyélite vertébrale. *Revue d'orthopédie* 1912.
- JANBON et BALMES. — Fièvre ondulante de longue durée avec déterminations ostéo-articulaires persistantes (spondylite et sacrocoxite), traitement par la gonacrine. *Arch. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, mars 1929).
- JENSEN (J. P.). — Deux cas de spondylite melitococcique. *Hospitalité*, 14 juin 1928.
- JULLIEN. — Fièvre ondulante et médecine légale. *Journal de Médecine de Lyon*, nov. 32.
- KIRMISSON, WETTER et PHILIBERT. — La spondylite typhique. *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} septembre 1913.
- KULOSVSKY et WINKE (T. H.). — Spondylite melitococcique. *J. Am. Med. Association*, t. 94, 12 nov. 1932.
- LABORDE. — Etude sur les spondylites staphylococciques de l'adulte. *Thèse de Paris* 1926.
- LAGRIFOUL et ROGER. — Le pseudo-rhumatisme méditerranéen. *Gazette des Hôpitaux*, p. 965, sept. 1910.
- LANCE et JAUBERT. — Dix-huit cas de spondylite et périsspondylite infectieuse. *Revue de Chirurgie*, juillet-août 1919.
- LASSEN (H. K.). — Spondylite due au bacille de Bang. *Hospitalité*, t. 73, 16 janvier 1930.
- LAVAL. — Ostéomyélite vertébrale et ses complications. *Th. de Toulouse*, mai 1914.
- LAVENTURE. — Les déterminations articulaires de la fièvre de Malte. *Thèse de Montpellier*, 1923.
- LERI. — Les affections de la col. vertébrale. *Masson* 1926.
- MARTIN (A.). — Mal de Pott melitococcique. *Thèse de Montpellier* 1934.
- MARTIN M. (Mme). — Les spondylites melitococciques. *Th. de Paris* 1926.
- MAYET et DUCHAMP DE LA GENESTE. — L'ostéomyélite vertébrale. *Paris Chirurgical* 1924.
- MODINAS. — Spondylose et spondylites. *Paris Médical* 1921.

- MONTAGNE. — A propos de la spondylite melitococcique. *Art. Méd.*, n° 33.
- Spondylites infectieuses et spondylites de croissance. *Thèse de Montpellier* 1926.
- Un groupe intéressant de « faux maux de Pott ». Les spondylites infectieuses et les spondylites de croissance. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, juin 1926.
- OLMER. — Melitococcie et tuberculose. *Marseille Médical*, octobre 1926.
- PALAGI. — La spondylite de la fièvre ondulante. II^e *Congrès de la Soc. Intern. de Chir. orthopédique*, Londres, juillet 33.
- PUIG (René). — Les formes cliniques de la fièvre de Malte et son traitement. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 novembre 1933.
- PEDRO et PONS. — La spondylite melitococcique. *Ann. de Méd.*, mai 1929.
- RAUZIER et ROGER. — Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de six mois. *Association avec la fièvre typhoïde. Montpellier Médical*, 3 avril 1910.
- RANQUE et SENEZ. — Deux cents cas de fièvre de Malte en Provence au cours de ces dernières années. *Mars. Médical*, 25 octobre 1925.
- RAWAH et BRAUN. — Atrophie musculaire dans la fièvre de Malte avec atteinte de la col. vertébrale. *Klin. Worchensch.*, 25 avril 1931.
- REDELL (G.). — Spondylite et complications de la fièvre de Malte. *Acta Chir. Scandinav.* 1931.
- RIMBAUD (J.) et LAMARQUE (P.). — Mal de Pott melitococcique. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des H. de Paris*, 5 juin 1933.
- *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, juin 33.
- *Soc. de Radiologie du Littoral méditerranéen*. Séance du 21 mai 1933.
- *Marseille Médical*, n° 17, juin 1933.
- ROGER (H.). — La spondylite melitococcique. *Press. Méd.*, 24 juillet 1926.
- De la spondylite melitococcique et son diagnostic avec le mal de Pott. *Soc. de Méd. de Montpellier*, 19 nov. 1926. — *Bull. et M. de la Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, janvier 1927.
- Formes cliniques de la melitococcie. *Journal Médical Français*, mai 1929.
- ROGER, REBOUL, LACHAUX et Mme MARTIN. — Spondylite melitococcique avec réaction méningée. *Rev. prat. des mal. des pays chauds*. T. 78, Paris 1925-1926.
- SÉE (P.). — La clinique et la fièvre ondulante. *Revue de Méd.*, février 1934.

Reforme Medicale, n° 42-43-44, 1920.

Med., t. 21, avril 1928.

SERIO. — Sur la spondylite melitococcique. *Arch. di pot. e Clin.*

SICARD. — Article fièvre de Malte. *Prat. Méd. Chir.*, Paris 1907.

SICARD et LUCAS. — Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique.
Guérison Soc. Méd. des H., 1909.

TAPIA et TELLO VALDIVIENO. — Syndromes vertébraux dus à la fièvre
ondulante. *Ann. de Méd. int.* juin 1932.

TROTTA (G.) et CANTIERI (C.). — Deux cas de suppuration dus à la
fièvre de Malte simulant des abcès par congestion du mal
de Pott. *Revue crit. di Clin. Med. Firenze*, t. 24, 1913.

VANUCCI (F.). — Un cas de spondylite melitococcique. *Giornale di
Clin. Méd.* 28 février 1933.

WEILL (S.). — La fièvre ondulante cause de lésions articulaires.
Zentralblatt für chirurg., t. 57, 24 mai 1930.

ZESAS. — Les complications ostéo-articulaires de la fièvre de Mal-
te. *Arch. Générales de Ch. de Paris*, 15 janvier 1911.

ZUCCOLA. — Deux cas de spondylite melitococcique. *Gaz. degli os-
ped dele clin.*, t. 49, 8 janvier 1928.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude
des spondylites mélitococciques. »
par M. Jean TALAYRACH

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 21 octobre 1935

Le Professeur,

VIRES.

Vu :

Montpellier, le 26 octobre 1935

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 29 octobre 1935

Le Recteur,

TAILLIART.

